

**Elaboração de um Documento Escrito
de Comunicação Farmacêutico–
Médico para Comunicar Resultados
Negativos da Farmacoterapia de um
Doente em Acompanhamento
Farmacoterapêutico**

Marta Alexandra Cabrita Machado

Orientação do Prof. Doutor Fernando Fernandez-Llimos



Mestrado em Acompanhamento Farmacoterapêutico

2008

**Elaboração de um Documento Escrito
de Comunicação Farmacêutico–
Médico para Comunicar Resultados
Negativos da Farmacoterapia de um
Doente em Acompanhamento
Farmacoterapêutico**

Marta Alexandra Cabrita Machado



169 206

Dissertação submetida à Universidade de Évora para
obtenção do Grau de Mestre em Acompanhamento
Farmacoterapêutico sob a orientação do
Prof. Doutor Fernando Fernandez-Llimos

2008

RESUMO (PORTUGUÊS)

A comunicação interprofissional, nomeadamente entre farmacêuticos e médicos, é, potencialmente, uma mais-valia nos cuidados de saúde prestados aos doentes.

Este estudo pretende explorar a aceitação e adequabilidade de um documento de comunicação escrita farmacêutico–médico para comunicar resultados negativos da farmacoterapia de um doente em acompanhamento farmacoterapêutico ao médico.

Uma pesquisa bibliográfica prévia serviu de base à construção de três modelos de comunicação escrita farmacêutico–médico e de um questionário sobre o mesmo tema. Posteriormente, foram realizados três *Focus Groups* com médicos, em Unidades de Saúde Familiar.

Resultou um novo modelo de documento de comunicação escrita farmacêutico–médico que apresenta um formato estruturado nas seguintes secções de informação específica: *Identificação do Doente*, *Motivo de Comunicação ao Médico*, *Informação Farmacológica*, *Terapêutica Farmacológica* e *Informação ao Farmacêutico*.

A inovação deste estudo consistiu em incluir os médicos, aos quais é dirigida a informação farmacêutica, na construção do modelo do documento de comunicação escrita antes de o pôr em prática.

SUMMARY (ENGLISH)

Pharmacist–Physician Communication: Elaboration of a Written Document to Communicate Negative Clinical Outcomes of Pharmacotherapy in Community Pharmacy Users under a Pharmaceutical Care Program

Interprofessional communication between pharmacists and physicians may improve patient's health care.

This study aims to explore the acceptability and adequacy of a written document to communicate to the physician the negative clinical outcomes of pharmacotherapy in community pharmacy users under a pharmaceutical care program.

Three written models and a questionnaire on pharmacist–physician communication theme were designed, based on a previous research. Subsequent to this, three focus groups with family doctors were realized.

A new pharmacist–physician communication document model that presents a structured format in specific information sections resulted. The sections are the following: *Patient Identification*, *Reason of the Communication to the Physician*, *Pharmacological Information*, *Drug Therapy* and *Information to the Pharmacist*.

The originality of this study consisted of including physicians, whom the document is addressed, before its practical use.

AGRADECIMENTOS

À minha filha, pela inspiração e força anímica.

Ao meu marido, por me acompanhar sempre.

Aos meus pais, irmão e avó pelo apoio e constante incentivo.

À minha patroa, por, generosamente, me ter permitido frequentar o mestrado.

A todos os médicos participantes no estudo, pela sua preciosa colaboração e tempo dispensado.

Ao Carlos, pela oportunidade, empenho e disponibilidade.

Ao Fernando, pelo apoio e disponibilidade.

À Prof. Isabel Santos, pela sua valiosa contribuição para a apresentação final do trabalho escrito.

Às minhas colegas, pela amizade, companheirismo e estímulo.

ÍNDICE GERAL

Índice de Quadros	ix
Índice de Figuras	x
Lista de Siglas	11
Glossário	13
1 Introdução	17
1.1 Prática Farmacêutica	20
1.1.1 Evolução da Prática Farmacêutica	20
1.1.2 Acompanhamento Farmacoterapêutico	21
1.1.2.1 Conceitos	21
1.1.2.2 Procedimento de Acompanhamento Farmacoterapêutico	23
1.2 Comunicação entre Profissionais de Saúde	26
1.2.1 Comunicação entre Médicos	26
1.2.2 Comunicação entre Médicos e Enfermeiros	27
1.2.3 Comunicação entre Farmacêuticos	28
1.2.4 Comunicação entre Farmacêuticos e Médicos	29
1.3 Documentos Escritos de Comunicação Farmacêutico—Médico	37
1.4 Sumário	42
2 Método	45
2.1 Caracterização dos Participantes	45
2.2 Contexto	47
2.3 Instrumentos e Equipamento	48
2.3.1 Instrumentos	48
2.3.1.1 Lista de Verificação do Material	48
2.3.1.2 Guia Orientador da Discussão	48
2.3.1.3 Identificação do Participante	49
2.3.1.4 Casos Práticos/Modelos de Comunicação	49
2.3.1.5 Questionários Rápidos	50
2.3.2 Equipamento	50
2.3.2.1 Gravadores de Voz	50
2.3.2.2 Equipamento de Apoio aos Gravadores de Voz	51
2.3.2.3 Outro Material	52

2.4 Desenho e Procedimento do Estudo.....	52
2.5 Sumário	55
3 Resultados.....	58
3.1 Questões e Respostas.....	58
3.2 Temas de Discussão Identificados.....	68
3.3 Dados Quantitativos	73
3.4 Novo Documento de Comunicação Escrita Farmacêutico—Médico.....	75
3.5 Sumário	76
4 Discussão de Resultados	79
5 Conclusão.....	87
6 Apêndices.....	91
7 Anexos	126
8 Referências Bibliográficas	132

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 2.1 Distribuição dos Médicos Participantes pelos três FG realizados e pelas três USF visitadas	47
Quadro 2.2 Plano de Focus Group.....	53
Quadro 3.1 Questões e Respostas dos FG.....	58
Quadro 3.2 Temas de Discussão nas Reuniões de FG.....	69
Quadro 3.3 Organização das Categorias de Informação no Novo Documento de Comunicação F—M construído	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1. Cadeia de acontecimentos relativa aos resultados negativos da farmacoterapia	22
Figura 1.2. Modelo de carta de referência à consulta médica, elaborado pelo departamento de Cuidados Farmacêuticos da ANF, no âmbito da Campanha de identificação de suspeitos de risco cardiovascular	38
Figura 1.3. Modelo de carta de referência à consulta médica, autocopiativo para uma segunda via, elaborado pelo departamento de Cuidados Farmacêuticos da ANF, no âmbito do seu programa de Cuidados Farmacêuticos	39
Figura 1.4. Modelo de documento de comunicação de informação escrita ao médico, autocopiativo para uma segunda via, desenvolvido no âmbito da Tese de Doutoramento de Mara Guerreiro	40
Figura 2.1. Distribuição dos participantes por género	45
Figura 2.2. Distribuição dos participantes por idade	46
Figura 2.3. Distribuição dos participantes por anos de prática clínica	46
Figura 2.4. Gravadores de voz utilizados para gravar as reuniões de FG	51
Figura 2.5. Microfone de mesa, cassetes e pilhas utilizados no trabalho	52
Figura 3.1. Tipo de comunicação preferida pelos participantes dos três FG	73
Figura 3.2. Tempo de entrega do documento de comunicação escrita F—M preferido .	74
Figura 3.3. Modelo de documento de comunicação escrita F—M preferido	74

LISTA DE SIGLAS

No decurso do texto, encontram-se as siglas que se apresentam de seguida.

ANF

Associação Nacional das Farmácias

AF

Acompanhamento Farmacoterapêutico

F—M

Farmacêutico—Médico

FG

Focus Group

FIP

Federação Internacional Farmacêutica

MNSRM

Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

OMS

Organização Mundial de Saúde

PRM

Problemas Relacionados com Medicamentos

RAM

Reacção Adversa a um medicamento

USF

Unidade de Saúde Familiar

GLOSSÁRIO

Ao longo do presente documento são usadas expressões que justificam os esclarecimentos que se seguem.

ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

Sinónimo de Cuidados Farmacêuticos (CF) quando se considera a tradução do inglês *Pharmaceutical Care* (Ver Cuidados Farmacêuticos).

Designação mais esclarecedora em relação à actividade farmacêutica desenvolvida e ilustradora da parceria entre o farmacêutico e o doente na persecução de resultados em saúde.

ADESÃO À TERAPÊUTICA

Capacidade do doente cumprir o regime terapêutico prescrito pelo médico⁵⁷.

CONSENTIMENTO INFORMADO

O doente aceita, de livre vontade e sem coacção, uma intervenção por parte de um profissional de saúde após lhe ter sido explicado adequadamente a natureza dessa intervenção, os seus riscos e benefícios²⁵.

CUIDADOS FARMACÊUTICOS

Fornecimento responsável de terapêutica medicamentosa com o objectivo de obter resultados definidos que melhoram ou mantêm a qualidade de saúde do doente. É um processo contínuo que envolve a colaboração entre profissionais de saúde e um doente particular com vista a prevenir ou identificar e resolver resultados negativos da sua farmacoterapia²².

A Associação Nacional das Farmácias (ANF) define CF como sendo o conjunto de serviços diferenciados prestados na farmácia, no qual se inclui o serviço descrito anteriormente, e ao qual, no âmbito do presente trabalho, se dá a designação de Acompanhamento Farmacoterapêutico (AF).

Convém ainda referir que a ANF segue a metodologia de trabalho da escola americana, isto é, divide os doentes por patologias (por exemplo, diabetes, asma). O AF olha para o doente como um todo.

FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO

Farmacêutico que exerce as suas funções numa farmácia de venda ao público (Farmácia comunitária).

FARMACÊUTICO HOSPITALAR

Farmacêutico que exerce as suas funções nos serviços farmacêuticos de uma instituição hospitalar.

FARMACOCINÉTICA

Estudo quantitativo da absorção, distribuição pelos diversos órgãos, metabolização e eliminação de um fármaco e dos seus metabolitos em função do tempo³⁶.

FARMACOLOGIA

Estudo dos medicamentos e do seu emprego³⁶.

FARMACOTERAPÊUTICA

Tratamento de doenças recorrendo ao uso de medicamentos³⁶.

FOCUS GROUP

Um *Focus Group* consiste, basicamente numa reunião com, idealmente, entre seis e dez participantes que discutem um tema sob orientação de um moderador.

PROBLEMA DE SAÚDE

Qualquer queixa, observação ou facto que o doente e/ou médico percebem como um desvio à normalidade, e que afectou, possa afectar ou afecte a capacidade funcional do doente⁵⁶.

PROBLEMAS RELACIONADOS COM OS MEDICAMENTOS

São problemas de saúde entendidos como resultados clínicos negativos resultantes da farmacoterapia que, por diferentes causas, não atinge os objectivos terapêuticos pretendidos ou produz efeitos indesejáveis. Os problemas de saúde podem estar presentes ou estar em risco de acontecer^{12,13,15-17}.

REACÇÃO ADVERSA A UM MEDICAMENTO

Qualquer resposta prejudicial e indesejada a um medicamento que ocorre com doses habitualmente usadas para profilaxia, diagnóstico ou tratamento ou para modificação de funções fisiológicas⁵⁸.

RESULTADOS NEGATIVOS DA FARMACOTERAPIA

Sinónimo de problemas relacionados com medicamentos (ver problemas relacionados com medicamentos).

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento da população e consequente prevalência de doenças crónicas, adicionado de uma quantidade crescente de medicamentos disponibilizados pela indústria farmacêutica e um acesso facilitado a medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), resultam em terapêuticas medicamentosas complexas e de risco. De acordo com Mara Guerreiro²¹, estima-se que 3,7 % da população portuguesa foi hospitalizada devido a problemas relacionados com medicamentos (PRM) susceptíveis de prevenção, em 2001. Acredita-se que os serviços farmacêuticos podem reduzir a morbilidade e mortalidade associada com os medicamentos, os internamentos hospitalares e o custo dos cuidados de saúde.

O Manual *Developing Pharmacy Practice: A Focus on Patient Care*⁵⁷, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em colaboração com a Federação Internacional Farmacêutica (FIP), diz:

Um produto farmacêutico não deve ser visto como um fim em si – como, muitas vezes, sublinhado na educação e prática farmacêuticas – mas sim como um meio para atingir um fim.

O papel do farmacêutico evoluiu de uma prática centrada no medicamento para uma prática centrada no doente. Neste momento, é esperado que o farmacêutico assuma a responsabilidade pelas necessidades relacionadas com medicamentos, isto é, com a adequabilidade, efectividade e segurança da terapêutica medicamentosa, dos doentes que serve com vista a atingir resultados definidos em saúde (ex.: controlo dos valores de tensão arterial de um doente que toma um anti-hipertensor). A este novo papel do farmacêutico deu-se o nome de *Cuidados Farmacêuticos* (do inglês, *Pharmaceutical Care*).

Neste trabalho, adoptar-se-á a designação *Acompanhamento Farmacoterapêutico* (AF) que possui o mesmo significado ideológico de Cuidados Farmacêuticos (CF) porque a tese de mestrado desenvolveu-se no âmbito do

Curso de Mestrado em Acompanhamento Farmacoterapêutico ministrado pela Universidade de Évora. Acreditamos que esta denominação é mais esclarecedora em relação à actividade desenvolvida e ilustra a parceria entre o farmacêutico e o doente na persecução de resultados em saúde.

Está provado, na prática, que trabalhar em equipa melhora os resultados obtidos e diminui o erro⁵⁷. O AF de um doente só cumpre o seu objectivo se existir cooperação entre o farmacêutico prestador com outros profissionais de saúde, nomeadamente o médico. Este trabalho pretende explorar a aceitação e adequabilidade de um documento de comunicação escrita farmacêutico – médico (F – M) para comunicar resultados negativos da farmacoterapia de um doente em AF ao médico.

Sendo este um estudo exploratório, optou-se pela metodologia de investigação qualitativa *Focus Group*^{27-30,39-41} (FG) por possibilitar a interacção entre os participantes do estudo e promover a génese de ideias, o que não é possível com outras metodologias de investigação, nomeadamente a entrevista e o inquérito. Um FG consiste, basicamente numa reunião com, idealmente, entre seis e dez participantes, neste caso médicos, que discutem um tema sob orientação de um moderador, que neste caso é o próprio investigador. Optou-se por utilizar a terminologia inglesa *Focus Group* por, a determinada altura do trabalho, ter-se tornado evidente a perda de identidade e universalidade do conceito ao se utilizar a terminologia portuguesa *Grupo Focal*.

A comunicação pode ser vista sob várias perspectivas: (a) do ponto de vista estrutural a comunicação define-se como um processo racional e objectivo focado em transmitir factos; (b) humanamente, a comunicação é caracterizada como um processo aberto, de partilha e colaboração que resulta num compromisso para agir; (c) numa perspectiva política (paradigma de comportamento organizacional político), a comunicação é vista como um exercício na dinâmica do poder e gestão de conflitos; (d) finalmente, do ponto de vista cultural, a comunicação é descrita como símbolo de crenças culturais e reflectora dos valores da gestão executiva da organização⁴.

Na secção 1.2. é possível verificar que as necessidades e problemas de comunicação são transversais aos diversos profissionais de saúde e que várias foram as soluções encontradas para estabelecer sistemas de comunicação eficazes.

Esta investigação é justificada pela percepção, na prática diária da profissão farmacêutica, de uma lacuna no processo de AF: a quase inexistência e dificuldade de cooperação entre farmacêuticos e médicos.

O presente trabalho está organizado em quatro capítulos: *Introdução* (capítulo 1); *Métodos e Materiais* (capítulo 2); *Resultados* (capítulo 3); *Discussão e Conclusão* (capítulo 4). Cada capítulo é rematado por um sumário.

Na introdução contextualiza-se o estudo realizado e fornece-se informação relevante para o trabalho em causa em três secções: *Prática Farmacêutica*, *Comunicação entre Profissionais de Saúde* e *Documentos de Comunicação Escrita F—M*. A primeira secção fala sobre a evolução e actualidade da prática farmacêutica, com especial enfoque no AF; a segunda secção debruça-se sobre os trâmites da comunicação entre os profissionais de saúde cuja prática profissional se relaciona de alguma forma com o medicamento, nomeadamente médicos, farmacêuticos e enfermeiros; e, por último, a terceira secção descreve alguns documentos de comunicação escrita F—M publicados. A revisão da literatura que se efectuou permitiu construir modelos de documentos de comunicação escrita F—M e um questionário sobre o mesmo tema.

Recorreu-se a dois motores de busca de artigos científicos—*Medscape* e *Medline*—para fazer a pesquisa bibliográfica. Introduziram-se as seguintes combinações de palavras-chave: (a) *Focus Group Pharmacis Physician*; (b) *Information Pharmacist Physician*; (c) *Information Document Pharmacist Physician*, (d) *Information Transfer Pharmacist Physician*; (e) *Communication Pharmacist Physician*; (f) *Communication Document Pharmacist Physician*; (g) *Pharmaceutical Care Communication*; (h) *Pharmaceutical Care Communication Document*; (i) *Colaboration Pharmacist Physician*; (j) *Nurse Physician*

Communication. Foram antevistos os títulos dos primeiros cem artigos que surgiram para cada entrada de pesquisa e destes seleccionados para leitura os artigos de interesse. A revisão da literatura foi realizada em Janeiro e Fevereiro de 2007.

O presente trabalho consiste num estudo exploratório que pretende analisar a opinião de médicos acerca da comunicação F—M e construir um modelo de documento de comunicação escrita F—M adequado. Para tal, utilizou-se a metodologia de investigação qualitativa *Focus Group* descrita no capítulo 2, onde se apresentam também os materiais necessários à realização do trabalho.

O capítulo 3 trata dos resultados da investigação e o último capítulo (4) dedica-se à discussão de resultados e conclusão do trabalho.

1.1 PRÁTICA FARMACÊUTICA

1.1.1 EVOLUÇÃO DA PRÁTICA FARMACÊUTICA

De acordo com Hepler e Strand²², pode dizer-se que existem três grandes períodos na prática farmacêutica do século XX, que, por sua vez, determinam diferentes modelos de papel social do farmacêutico. No chamado (a) *período tradicional*, a função do farmacêutico era preparar e vender drogas medicinais. A sua obrigação era assegurar que as drogas que vendia eram puras, não adulteradas e preparadas segundo a arte. A preparação dos fármacos foi, gradualmente, passando para a alçada da indústria farmacêutica e a escolha dos agentes terapêuticos para os médicos. O papel do farmacêutico passou a ser dispensar medicamentos. Seguiu-se um (b) *período de transição* que se iniciou com o nascimento da Farmácia Clínica nos anos 60. Os farmacêuticos começaram a assumir novas funções dentro dos hospitais, tais como o doseamento farmacocinético, monitorização terapêutica e informação sobre medicamentos. Embora seja um serviço farmacêutico com funções mais orientadas para o doente, ainda não contempla uma função social nos cuidados

prestados ao doente. Neste momento, estamos no (c) *período da prática farmacêutica orientada para o doente*. Citando Cipolle⁸:

As drogas não têm doses, os doentes têm doses.

A abordagem ao doente passa a ser directa e este passa a ter um papel activo no processo. É nesta filosofia que se enquadra o AF.

Os CF, ou seja o AF, são reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁵⁷.

Não obstante o avanço notório alcançado pela profissão farmacêutica, existe uma diferença, particularmente relevante para a prática farmacêutica, entre os farmacêuticos hospitalares e os farmacêuticos comunitários. No hospital, o farmacêutico encontra-se integrado numa equipa de saúde multidisciplinar. Em ambulatório, os doentes são assistidos por entidades individualizadas e autónomas que não se articulam entre si, nomeadamente, os centros de saúde e as farmácias.

Surgiu um novo conceito de cuidados primários de saúde, neste momento largamente implementado em Portugal, que dá pelo nome de Unidades de Saúde Familiar (USF). O objectivo das USF é otimizar, através de uma organização diferente da dos Centros de Saúde, os cuidados de saúde prestados ao doente. As USF não contemplam, no seu staff, o farmacêutico. As USF e as farmácias continuam a ser entidades prestadoras de serviços de saúde paralelas.

1.1.2 ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

1.1.2.1 Conceitos

Acompanhamento farmacoterapêutico (AF) pode definir-se como um serviço prestado, por farmacêutico, a um doente, com o objectivo de prevenir ou identificar e resolver resultados negativos da sua farmacoterapia.

De acordo com o Segundo Consenso de Granada¹²:

Problemas relacionados com os medicamentos (PRM) são problemas de saúde entendidos como resultados clínicos negativos resultantes da farmacoterapia que, por diferentes causas, não atinge os objectivos terapêuticos pretendidos ou produz efeitos indesejáveis. Os problemas de saúde podem estar presentes ou estar em risco de acontecer.

Depreende-se que problemas relacionados com medicamentos e resultados negativos da farmacoterapia são sinónimos. Optou-se pela segunda denominação—resultados negativos da farmacoterapia—por esta parecer ser mais explícita.

Espejo et al¹⁵, consideram 3 níveis na cadeia de acontecimentos relativa aos resultados negativos da farmacoterapia, representados na figura que se segue:

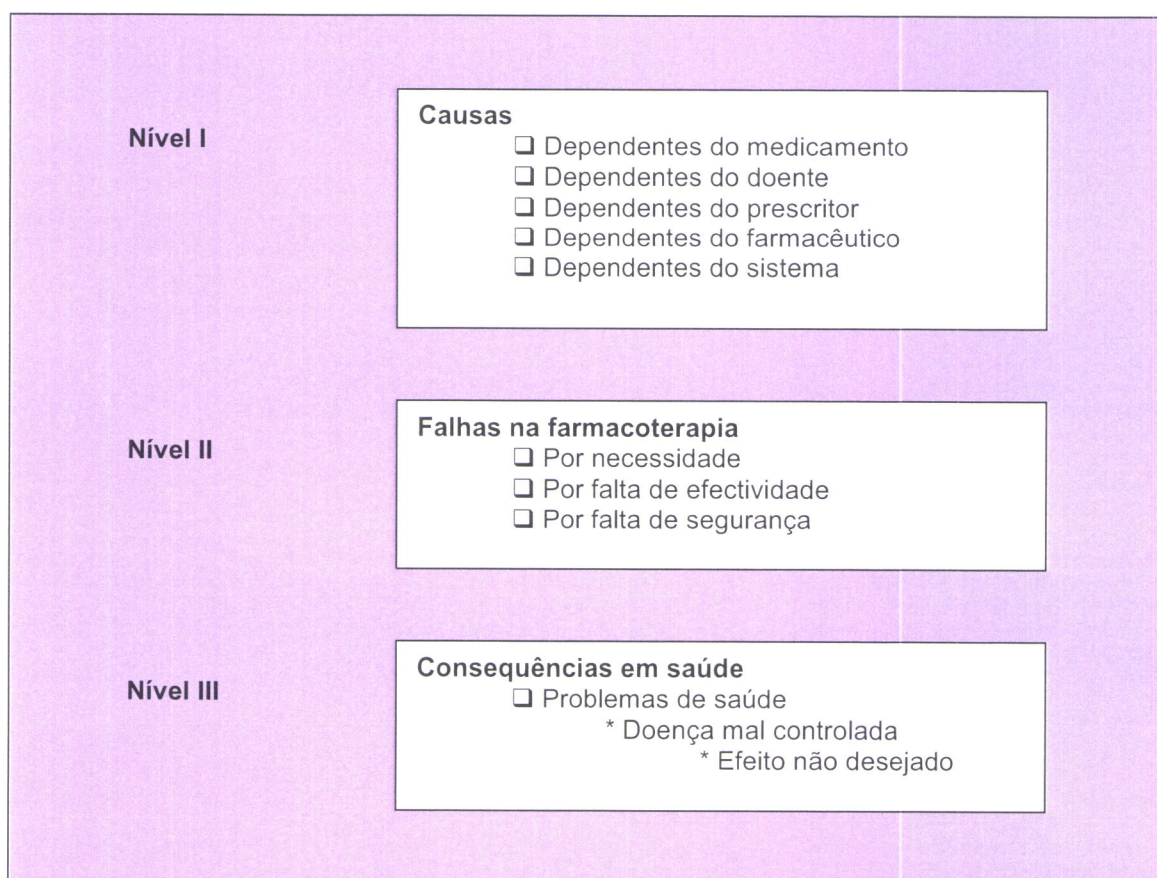


Figura 1.1. Cadeia de acontecimentos relativa aos resultados negativos da farmacoterapia¹⁵.

Os Resultados Negativos da Farmacoterapia são, portanto, classificados em^{12,13,15-17}:

- Necessidade do medicamento (problema de saúde não tratado ou efeito de um medicamento desnecessário);
- Efectividade do medicamento (dose de medicamento subterapêutica ou o medicamento não produz o efeito esperado);
- Segurança do medicamento (dose de medicamento sobterapêutica ou reacção adversa ao medicamento).

Entende-se que:

- Um medicamento é necessário quando foi prescrito ou indicado para um problema de saúde concreto que o doente apresenta;
- Um medicamento é inefectivo quando não alcança suficientemente os objectivos terapêuticos esperados;
- Um medicamento é inseguro quando provoca ou agrava algum problema de saúde¹².

O AF é mais do que a optimização de resultados terapêuticos, é uma filosofia de prática farmacêutica em que o doente é o centro da actividade profissional. O farmacêutico assume a responsabilidade pelo acompanhamento da terapêutica medicamentosa do doente e planeia e promove estratégias, em conjunto com o doente, para alcançar resultados terapêuticos positivos. Está patente um compromisso de ambas as partes.

1.1.2.2 Procedimento de AF

De uma forma sumária, os passos a dar para fazer o acompanhamento farmacoterapêutico de um doente são:

- 1) Oferta do serviço;
- 2) Recolha de dados sobre problemas de saúde e terapêutica medicamentosa do doente;
- 3) Estado de situação (relação entre os problemas de saúde e os medicamentos que o doente toma, numa data determinada). (ver Anexo A);
- 4) Fase de estudo;
- 5) Avaliação quanto aos resultados negativos da farmacoterapia;
- 6) Intervenção farmacêutica (farmêutico—doente / farmacêutico—doente—médico);
- 7) Resultado da intervenção;
- 8) Novo estado da situação;
- 9) Recolha de dados contínua.

O objectivo do serviço de AF é explicado ao doente, assim como as responsabilidades e o papel de cada um dos intervenientes no processo (farmacêutico, doente e médico). É importante realçar que o doente tem uma participação activa no processo e tem direito a informação sobre a sua saúde e medicamentos. Tendo em conta a lei de protecção de dados, o doente assina um documento de consentimento informado (ver Anexo B) para que o profissional de saúde possa utilizar as informações que lhe são fornecidas. A qualquer altura do processo, o doente pode desistir do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, sem prejuízo do bom atendimento na farmácia.

Em condições ideais, o serviço de AF deve obedecer aos seguintes requisitos²²:

- Formação específica na área do AF e actualização científica continua do farmacêutico prestador;
- Metodologia única;
- Documentação da actividade;
- Instalações privadas;
- Inclusão de todos os doentes;
- Integração do AF nos Cuidados de Saúde primários;
- Organização externa e interna das instituições que permita troca de informação clínica do doente e comunicação eficaz entre os profissionais de saúde.

O AF pode ser levado a cabo tanto no hospital como na farmácia comunitária, porém é, sem dúvida, no âmbito da farmácia comunitária que melhor se enquadra e tem maior potencial. Esta afirmação fundamenta-se principalmente no facto do internamento hospitalar ser transitório e pelas farmácias serem mais acessíveis.

De uma forma geral, a prática de AF não está implementada nas farmácias portuguesas e é desconhecida da maioria dos doentes e profissionais de saúde. As farmácias que prestam o serviço de AF fazem-no, geralmente, de forma isolada, segundo a metodologia que seleccionarem, e pouco ou nada articulada com os cuidados primários de saúde.

De acordo com a bibliografia consultada, o panorama internacional não é melhor em termos de implementação do serviço de AF nas farmácias comunitárias. Encontram-se igualmente situações pontuais embora existam avanços significativos no que se relaciona, nomeadamente, com as relações interprofissionais, sistema informático e trabalho científico realizado.



1.2.1 COMUNICAÇÃO ENTRE MÉDICOS

Walraven e Rokosh⁵⁴ realizaram um estudo, com médicos que exercem funções no hospital e médicos de medicina familiar, que teve como objectivo determinar quais as características que um documento sumário de alta hospitalar de doentes deve apresentar para servir o propósito de comunicação de informação entre os primeiros e os segundos. O objectivo maior deste procedimento é promover a continuidade dos cuidados de saúde prestados ao doente em ambulatório. A amostra de médicos considerada no estudo considera que os documentos sumários usados como documentos de comunicação têm qualidade quando são curtos, entregues rapidamente e contêm informações pertinentes no momento da alta hospitalar do doente, incluindo a listagem dos medicamentos prescritos. Segundo a ordem de importância citada pelos médicos, a informação sobre os medicamentos prescritos, aquando a alta hospitalar, ocupa o terceiro lugar e a indicação de necessidade de acompanhamento de determinadas situações clínicas ocupa o último lugar. Foram testados o formato de carta e um formato estruturado em que os dados fornecidos são categorizados, sendo este último o preferido.

Um outro estudo foi levado a cabo, com base numa pesquisa bibliográfica, para analisar a comunicação e a transferência de informação entre o hospital e os médicos de cuidados primários de saúde. Foram recolhidos dados sobre a disponibilidade, tempo de entrega, conteúdo e formato dos documentos de comunicação e de satisfação dos receptores com os mesmos. Quanto ao conteúdo, os parâmetros considerados são sobretudo orientados para os problemas de saúde e similares ao estudo anterior. Os documentos são usualmente produzidos informaticamente e entregues via doente. O uso de formatos com campos diferenciados, com subtítulos claros para introduzir informação específica relevante aumentou a qualidade do documento na percepção do receptor. Este estudo salientou a importância de evoluir de uma

comunicação unilateral para uma comunicação bilateral com o objectivo de obter uma comunicação verdadeira e efectiva²⁶.

Num estudo que desenvolveu um software para facilitar a transferência de informação após a alta hospitalar do doente, na secção destinada à medicação foi considerado o parâmetro *alterações à terapêutica farmacológica* (cessação, introdução, novas instruções)⁴².

1.2.2 COMUNICAÇÃO ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS

A bibliografia consultada foca, essencialmente, as relações profissionais e pessoais entre os médicos e os enfermeiros. Estes dois profissionais de saúde exercem, geralmente, as suas profissões no mesmo local – hospitais, clínicas ou centros de saúde – o que impõe o estabelecimento de diálogo que, muitas vezes, não é o mais adequado e/ou agradável. O método de comunicação é, geralmente, oral (pessoal ou através de telefone) embora também seja mencionado o correio electrónico e o fax. Também se faz referência aos sistemas de registo informático como meio de fornecer informações. A comunicação é unilateral, enfermeiro → médico^{4,6,9,32,49,52}.

O jornal americano de enfermagem⁶ publicou um artigo onde foca algumas estratégias para melhorar a comunicação entre os enfermeiros e os médicos tais como:

- Noção de que informações como *não adesão à terapêutica* ou *resultado clínico adverso* podem causar um sentimento de falha profissional no médico;
- Consultar o médico em relação à informação que este considera relevante para um determinado doente (exemplo: valores de pressão arterial e glicemia dentro de um intervalo alvo que este determinou). Ter conhecimento das preocupações do médico em relação a um doente particular vai permitir contextualizar as *descobertas que fizerem* e evitar fornecer informações desnecessárias;

- A comunicação efectuada deve ter suporte científico;
- Promover as relações pessoais.

Manning³⁵ descreve, no seu artigo, uma ferramenta para comunicar efectivamente informação precisa e relevante, particularmente em situações de urgência. Designou-a ferramenta SAAR [situação (S) – antecedentes (A) – avaliação (A) – recomendações/pedido (R)], cuja mnemónica é fácil de lembrar e envolve as seguintes acções:

S – Identificação do emissor da comunicação. Descrição breve do problema de saúde do doente que preocupa o emissor;

A – Descrição dos antecedentes clínicos do doente e seu contexto;

A – Causa do problema, segundo a avaliação do emissor;

R – Recomendação da acção a desenvolver para corrigir o problema, na óptica do emissor.

Um artigo atípico, tendo em conta o conjunto de artigos consultados, promove uma linguagem específica de enfermagem e a independência do enfermeiro em relação ao médico através do que designa por *diagnósticos de enfermagem*⁵².

1.2.3 COMUNICAÇÃO ENTRE FARMACÊUTICOS

A ferramenta *EMITT*⁷—Ferramenta Electrónica de Transferência de Informação sobre Medicação--(do inglês, *electronic medication information transfer tool*) foi criada para facilitar a comunicação de informação entre farmacêuticos, em locais de trabalho distintos, nomeadamente no hospital e farmácia comunitária, e que cuidam dos mesmos doentes. O objectivo da informação veiculada tem somente o propósito de informar ou requerer acompanhamento activo de uma situação clínica relacionada com medicamentos

não resolvida. As situações que requerem acompanhamento activo são, essencialmente, indicação para recomeçar uma medicação anteriormente descontinuada, ajuste de doses de fármacos com base em resultados de laboratório e indicação para iniciar nova medicação. Esta ferramenta permite, também, a impressão de um cartão destinado ao doente que contém uma lista dos medicamentos que toma, a sua posologia e indicação terapêutica.

A folha de informação apresenta o formato de carta, pode ser consultada no sistema informático pelos farmacêuticos da instituição em que é gerada e pode ser impressa para ser enviada a farmacêuticos fora da instituição, e contém as seguintes informações:

- Data da informação;
- Alergias do doente;
- Lista de medicamentos actual, incluindo o nome do medicamento, dose e posologia;
- Descontinuação e introdução de novos medicamentos assim como alteração de doses, acompanhadas da respectiva justificação;
- Indicação para acompanhamento de situações clínicas relacionadas com medicamentos não resolvidas até ao momento.

1.2.4 COMUNICAÇÃO ENTRE FARMACÊUTICOS E MÉDICOS

Num grupo de trabalho constituído por estudantes de farmácia, foram identificados vários pontos-chave na construção de uma boa relação e comunicação entre farmacêuticos e médicos⁴⁶:

- Apresentação pessoal dos intervenientes;
- Motivação para iniciar o contacto;

- Estilo de comunicação (não confrontadora e profissional);
- Preparação prévia do farmacêutico em relação ao conteúdo da comunicação;
- Organização da informação;
- Linguagem comum.

Um artigo de investigação identificou como obstáculos comuns à colaboração interprofissional entre farmacêuticos e médicos:

- Preocupações de invasão de território;
- Falhas de comunicação;
- Questões de poder;
- Falta de confiança na competência do outro profissional;
- Locais de exercício profissional distantes um do outro³⁸.

Num estudo qualitativo, foram realizados *Focus Groups* uniprofissionais, com farmacêuticos e médicos de clínica geral, para determinar as barreiras à colaboração interprofissional entre estes. Foi identificada uma razão principal—a percepção do farmacêutico como sendo um comerciante—e três razões secundárias: (a) a acessibilidade dos profissionais, (b) a hierarquia das profissões e (c) o reconhecimento profissional²⁴.

De acordo com um modelo descrito em 1979 por Scanzoni⁴⁷, o desenvolvimento da relação de colaboração inter-profissional entre médicos e farmacêuticos processa-se em cinco estádios:

- Estádio 0: Conhecimento profissional;

- Estádio 1: Reconhecimento profissional;
- Estádio 2: Exploração e experimentação (tendo em conta características individuais, de contexto e troca);
- Estádio 3: Expansão da relação profissional;
- Estádio 4: Compromisso de relação de colaboração profissional.

Ranelli e Biss⁴⁴ conduziram um estudo em que um dos objectivos é saber qual a percepção dos médicos em relação à sua comunicação com os farmacêuticos. De acordo com este estudo, os médicos estão receptivos a sugestões em relação ao uso de medicamentos sujeitos a receita médica por parte dos farmacêuticos, no entanto não estão muito confortáveis em relação à monitorização dos resultados da terapêutica farmacológica prescrita pelos mesmos.

Outro estudo⁴⁸, concluiu que as recomendações feitas pelo farmacêutico ao médico são da maior importância, seguidas pelo método de comunicação usado pelo farmacêutico. Quando o problema detectado pelo farmacêutico é grave o contacto ao médico deve ser feito por via telefónica. Os autores aconselham a que o método de comunicação seja escolhido pelos intervenientes, de acordo com a sua realidade, pois uma estratégia única pode não ser universalmente aceitável.

De acordo com o Manual *Developing Pharmacy Practice: A Focus on Patient Care*⁵⁷, a comunicação entre os farmacêuticos e os médicos pode ser escrita ou oral e deve conter a seguinte informação:

- Um sumário curto da história médica do doente;
- Uma descrição curta do problema médico actual;
- Descrição da causa de referência à consulta médica;

- Descrição da terapêutica farmacológica actual do doente;
- O plano de AF, se necessário.

Machuca González, Martínez-Romero e Faus³³ pensam que a fraca adesão à terapêutica farmacológica só deve ser motivo de comunicação ao médico se se dever a dificuldade do doente em integrar a posologia prescrita no seu modo de vida. Consideram ainda que a informação veiculada deve ser do conhecimento do doente em causa e ter o seu consentimento expresso, devendo o próprio ser o emissário. A veiculação da informação através do doente permite que tanto o farmacêutico como o médico continue a exercer as suas funções no seu local habitual de trabalho, sem necessitar de alterar a sua rotina. Na opinião dos autores, a comunicação deve ser sempre escrita porque assegura a responsabilidade com que se actua e permite a conservação da história farmacoterapêutica do doente. Deve ser entregue uma cópia do documento de comunicação escrita ao doente e o farmacêutico deve arquivar outra cópia. O documento deve apresentar no máximo 2 páginas e a identificação do farmacêutico que o emitiu. Em relação ao conteúdo, os autores são de opinião que deve conter os seguintes pontos diferenciados no texto mas não compartimentados:

- Identificação do doente e seus dados relevantes, assim como os medicamentos que toma no momento e que estejam relacionados com o problema reportado;
- Exposição do problema de saúde ou queixa do doente que motivou a intervenção do farmacêutico;
- Relação do problema de saúde com os medicamentos ou ausência destes, segundo a avaliação do farmacêutico;
- Disposição do farmacêutico em acompanhar a medicação do doente com o objectivo de que este obtenha os máximos benefícios desta.

O *Projecto SMART*²⁰—Ensaio de Investigação para Avaliação da Medicação de Idosos--(do inglês, *Seniors Medication Assessment Research Trial*) foi um estudo realizado no Canadá para avaliar a integração de farmacêuticos na equipa de saúde. Durante o projecto houve veiculação unilateral (farmacêutico → médico) de informação escrita, sob o formato de carta, onde constava uma lista da medicação do doente em causa e recomendações para otimizar a terapêutica farmacológica do mesmo. Um estudo posterior²³ decidiu avaliar a satisfação dos médicos participantes em relação à qualidade e utilidade da intervenção farmacêutica no referido projecto através de entrevistas. Fizeram-se as seguintes considerações, no que respeita à informação escrita veiculada:

- Os médicos esperam que os farmacêuticos lhes comuniquem as suas suspeitas de resultados negativos da farmacoterapia e consideram que este procedimento faz parte de um comportamento profissional correcto;
- O farmacêutico pode fornecer-lhes informação importante dentro da sua área de conhecimento, que os médicos não possuem na maioria das vezes, nomeadamente sobre a melhor altura para administrar um determinado medicamento (exemplo: antes ou depois das refeições);
- Consideram ainda importante receber informação, que desconhecem na maioria dos casos, sobre os MNSRM que os seus doentes tomam e as suas interações com a terapêutica farmacológica prescrita;
- Consideram de utilidade a detecção e comunicação de problemas de adesão à terapêutica por parte dos doentes;
- No entanto, durante este estudo, raramente uma recomendação do farmacêutico teve um grande impacto na qualidade de vida do doente ou controlo da doença ou dor. Muitas vezes, o médico já as tinha posto em prática, anteriormente, sem sucesso. Foi identificada a necessidade de refinar o processo de referência à consulta médica;

- Alguns médicos são de opinião que as informações escritas sejam discutidas por telefone quando for necessário, de forma a otimizar o tempo do médico e
- do farmacêutico. Ficou patente a necessidade de identificar uma forma mais eficiente de enviar recomendações.

Um artigo que data de 1991⁵, reporta os resultados de um estudo em que se testou um documento escrito de comunicação farmacêutico—médico, a que deram o nome de *cartão de notificação*. Neste estudo há a ressaltar a utilização do verso do cartão de notificação para o médico comunicar ao farmacêutico a sua opinião em relação à significância do motivo da comunicação e utilidade da informação fornecida, e dar a conhecer a acção do médico na sequência da comunicação efectuada. Aponta como causas da limitação da comunicação farmacêutico – médico, a separação geográfica dos locais de trabalho e dificuldades de relacionamento. O farmacêutico não é, geralmente, visto como um membro da equipa de cuidados primários de saúde embora os doentes o procurem com maior facilidade para resolver os seus problemas de saúde devido a uma questão de conveniência em termos de acessibilidade e disponibilidade. A filosofia inerente e a utilização do cartão de notificação agradaram, de uma forma geral, a todos os intervenientes, isto é, aos médicos, doentes e farmacêuticos. Não são relatados problemas de partilha de informação de nenhuma das partes mas é mencionada a questão da confidencialidade em relação aos dados pessoais do doente. Posteriormente a este estudo, os cartões de notificação ficaram disponíveis para utilização dos profissionais de saúde, e acrescentou-se-lhes um local para introduzir os resultados dos testes efectuados na farmácia, como, por exemplo, a medição da glicemia.

Um artigo inglês¹⁹ foca a informação veiculada do médico do hospital ao médico de clínica geral e ao farmacêutico comunitário com o objectivo de dar conhecimento das razões para alteração da terapêutica farmacológica, durante o internamento hospitalar, para facilitar a continuidade dos cuidados de saúde prestados ao doente no ambulatório. No Reino unido, esta transferência de

informação já se verifica em relação aos médicos de clínica geral mas não em relação aos farmacêuticos comunitários. Estes documentos contêm uma secção para introduzir o nome dos medicamentos prescritos, as suas doses e duração do tratamento. Alguns destes documentos contêm secções em branco destinadas a introduzir as razões para as alterações efectuadas na terapêutica farmacológica e os efeitos adversos ocorridos durante o internamento. Os farmacêuticos comunitários e médicos de clínica geral consultados neste estudo preferem receber informação por via postal, sob o formato do impresso de prescrição modificado para o efeito.

Outro estudo utilizou como via de comunicação o fax, sendo identificada a necessidade da comunicação ser bilateral⁴⁵.

Duas investigadoras australianas testaram um impresso de prescrição modificado com o objectivo de aumentar a frequência de comunicação entre os médicos de família e os farmacêuticos comunitários. O impresso continha informações adicionais sobre indicação terapêutica dos medicamentos prescritos, alterações na terapêutica farmacológica e necessidades específicas dos doentes. Estas informações são de grande valor para um melhor desempenho profissional do farmacêutico comunitário, no entanto os médicos não se sentem confortáveis em fornecer informação sobre a indicação terapêutica dos medicamentos prescritos por poder fornecer informação sobre diagnósticos³¹.

A investigação levada a cabo por Porteous T et al⁴³ teve como propósito reunir as opiniões dos doentes, médicos de família e farmacêuticos comunitários sobre o desenvolvimento de um sistema electrónico de transferência de informação relacionada com medicamentos prescritos entre os médicos e os farmacêuticos. Os três grupos consideram o objectivo deste projecto uma boa ideia como princípio e todos expressaram as suas razões pessoais: os doentes anteciparam uma melhor conveniência; os médicos focaram uma diminuição do volume de trabalho no que se relaciona com a repetição de prescrições; e os farmacêuticos regozijaram-se com a antevisão de um novo papel profissional. No entanto, vários problemas foram mencionados relacionando-se, maioritariamente,

com o tipo de dados a transferir, o acesso a dados específicos e a segurança do sistema. Os três grupos estão maioritariamente de acordo com a partilha de informação relativa aos medicamentos prescritos. Os doentes e os médicos não vêem com bons olhos o acesso a informação não relacionada com medicamentos (exemplo: diagnósticos, resultados de análises clínicas) por parte do farmacêutico. As razões apontadas pelos médicos para este impedimento são as possíveis implicações negativas na sua relação com os doentes, o acesso por pessoal não farmacêutico à informação (preocupação comum aos doentes) e falta de treino dos farmacêuticos para interpretar dados médicos. Os doentes concordam que o farmacêutico comunique ao médico efeitos secundários e adversos da sua terapêutica farmacológica mas não querem que lhes forneça informação sobre o seu consumo de MNSRM. Os farmacêuticos consideram que a informação comunicada pelo médico, e por isso fidedigna, aumenta a qualidade dos cuidados de saúde que prestam aos doentes e estão dispostos a partilhar informação sobre problemas de adesão à terapêutica, problemas relativos à segurança dos medicamentos, problemas de efectividade da terapêutica farmacológica e abuso de MNSRM por parte dos doentes. Os farmacêuticos preocupam-se, no entanto, com o aumento do volume de trabalho.

Finalmente, tem-se o exemplo australiano de colaboração entre farmacêuticos e médicos ao nível das suas organizações profissionais: a entidade australiana que representa 118 centros de prática médica geral—Divisão Australiana de Médicos de Clínica Geral [do inglês, *The Australian Divisions of General Practice (ADGP)*]⁵³—e a entidade que representa mais de 4000 farmácias australianas—Associação de Farmácias da Austrália [do inglês, *The Pharmacy Guild of Austrália (PGA)*]⁵⁴—fizeram um acordo a que chamaram *Memorando de Entendimento* (do inglês, *Memorandum of understanding*). O objectivo desse acordo é continuar e reforçar a colaboração entre as duas organizações, e entre os centros de prática médica geral e as farmácias comunitárias para que os australianos recebam os melhores cuidados primários de saúde possíveis⁵³.

No âmbito da Campanha de identificação de suspeitos de risco cardiovascular² e do Programa de Cuidados Farmacêuticos da Associação Nacional das Farmácias (ANF), respectivamente, o departamento de Cuidados Farmacêuticos da ANF desenvolveu dois modelos de cartas de referência à consulta médica (Figuras 1.2 e 1.3). Estes modelos de documentos de comunicação, revistos por especialistas médicos e da área da comunicação, foram desenvolvidos para facilitar a comunicação de problemas relacionados com medicamentos (PRM) por parte do farmacêutico ao médico, e que necessitem da intervenção deste último.

Os dois modelos de documentos de comunicação da ANF são similares, excepto em dois aspectos: o segundo modelo considera a informação de adesão à terapêutica farmacológica (Regime terapêutico prescrito e o que o doente faz) e é autocopiativo para uma segunda via para ser arquivada na farmácia.

Referência à consulta médica

Exmo(a). Sr(a). Dr(a).,

Identificação do utente:

nome

idade

telefone

Motivos de referência à consulta médica:

Intervenção farmacêutica efectuada:

Outra informação:

Terapêutica actual (medicamento, forma farmacêutica e dosagem)

Regime Terapêutico

Determinações na Farmácia

Data	Hora	Peso (kg)	IMC (kg/m²)	Pressão arterial (mmHg)	Pulsação (bpm)	Glicemia (mg/dL)	Glicemia (mmol/L)	Colésterol (mg/dL)	Triglicéridos (mg/dL)	

Para qualquer informação adicional, contactar:

FARMACÊUTICO

FARMÁCIA

TELEFONE

Com os melhores cumprimentos,

Assinatura do Farmacêutico e carimbo da Farmácia

Figura 1.2. Modelo de carta de referência à consulta médica, elaborado pelo departamento de Cuidados Farmacêuticos da ANF, no âmbito da Campanha de identificação de suspeitos de risco cardiovascular².

Identificação do Doente:

Nome _____

Código _____ Telefone _____

Motivos de referência à consulta médica:

Intervenção farmacêutica efectuada

Outra informação

Terapêutica actual (medicamentos, forma farmacêutica, e dosagens)				Regime Terapêutico	
				Prescrito	Que o doente faz

Determinações na Farmácia

Data	Hora	Peso (kg)	IMC (kg/m²)	Pressão arterial (mmHg)	Pulsação (bpm)	Glicemia Imediata (mg/dL) - Jejum	Glicemia Imediata (mg/dL) - Pós-prandial	Coolesterol (mg/dL)	Triglicéridos (mg/dL)

Para qualquer informação adicional, contactar:

FARMÁCIA: _____

FARMACÊUTICO: _____

TELEFONE: _____

Farmacêutico Responsável

Farmacêutico Responsável

Figura 1.3. Modelo de carta de referência à consulta médica, autocopiativo para uma segunda via, elaborado pelo departamento de Cuidados Farmacêuticos da ANF, no âmbito do seu programa de Cuidados Farmacêuticos.

No âmbito da tese de doutoramento de Mara Guerreiro²¹, também foi desenvolvido um impresso de comunicação de informação escrita ao médico, por um comité de especialistas médicos e farmacêuticos (Figura 1.4). Neste modelo há uma diferença, em relação aos dois anteriores, que salta à vista: é considerada a comunicação bilateral, através de um destacável para o médico comunicar ao farmacêutico a informação que considerar relevante. Este documento também é autocopiativo para uma segunda via que fica na posse do farmacêutico.

MANCHESTER
1824

The University of Manchester

CEFA

AFCT

ICNet

CARTELO

INFORMAÇÃO AO MÉDICO

Data: Exmo. (a) Sr.(a) Dr(a):

Doente:

De acordo com os dados disponíveis este(a) Senhor(a) encontra-se medicado com:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Na sequência da avaliação da terapêutica medicamentosa por nós realizada indicamos o seguinte:

Enviamos esta informação por considerarmos poder ser relevante na avaliação clínica de V.Exa.

Com os melhores cumprimentos;

Farmacêutico: Assinatura:

✂

Informação ao farmacêutico (por favor destaque e utilize o espaço em branco para transmitir informação que considere importante):

Médico: Assinatura:

Figura 1.4. Modelo de documento de comunicação de informação escrita ao médico, autocopiativo para uma segunda via, desenvolvido no âmbito da Tese de Doutoramento de Mara Guerreiro²¹.

Todos os modelos de documentos escritos de comunicação farmacêutico—médico apresentados, consideram o doente como emissário da informação e apresentam-se num formato estruturado em secções, identificadas por subtítulos, destinadas a organizar a informação fornecida.

Os seguintes pontos são comuns aos três impressos de comunicação:

- Data da comunicação;

- Nome do farmacêutico que faz a comunicação;
- Motivo da comunicação;
- Nome do doente;
- Terapêutica farmacológica do doente.

De seguida nomeiam-se os pontos que não são comuns aos três impressos de comunicação:

- Identificação do impresso de comunicação através de um título;
- Outros dados do farmacêutico que faz a comunicação (identificação da farmácia e número de telefone de contacto);
- Intervenção farmacêutica efectuada (acções efectuadas com vista a resolver as situações que motivaram a referência à consulta médica, como, por exemplo, aconselhamento sobre terapêutica farmacológica);
- Outros dados do doente (idade e contacto telefónico);
- Determinações físicas e bioquímicas na farmácia (peso, pressão arterial, glicemia).

A avaliação do programa de Cuidados Farmacêuticos da ANF direccionado à diabetes, durante os primeiros 6 meses de 2006, (a que corresponde o impresso apresentado na Figura 1.3) contabilizou 212 comunicações ao médico, sendo que estas resultaram em 147 inícios ou alterações da terapêutica farmacológica do doente³.

Em contrapartida, o impresso apresentado na Figura 1.4 foi muito pouco utilizado, sendo que, ao todo, foram efectuadas 6 comunicações. A autora do estudo onde foi utilizado este impresso, diz que, na presença de muitos mais

casos que necessitavam de ser comunicados ao médico, os resultados sugerem que o problema não parece ser o meio utilizado para comunicar com o médico mas sim as dificuldades de relacionamento entre os farmacêuticos e os médicos. Na amostra considerada para o estudo, essas dificuldades assentavam em percepções de invasão do território dos médicos e de falta de utilidade atribuída por estes profissionais às informações fornecidas pelo farmacêutico²¹.

1.4 SUMÁRIO

- A profissão farmacêutica evoluiu de uma prática centrada no medicamento para uma prática centrada no doente.
- O AF é um serviço prestado por farmacêuticos aos seus doentes, com particular relevância no ambulatório, que se encontra dentro da filosofia de prática farmacêutica orientada para o doente e faz todo o sentido no panorama de cuidados de saúde actual.
- Existem diferentes metodologias de AF, e até diferente nomenclatura, mas o seu objectivo é único: prevenir ou identificar e resolver resultados negativos da farmacoterapia de um doente.
- Presentemente, em Portugal, o AF é praticado pontualmente e sem uniformização de métodos nem programas de cooperação com outras entidades de saúde.
- A necessidade de comunicar é universal e transversal aos vários profissionais de saúde.
- O objectivo subjacente à comunicação interprofissional e comum aos profissionais de saúde (nomeadamente, médicos, farmacêuticos e enfermeiros), em particular àqueles que exercem as suas funções em locais distintos, é a continuidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes.

- As necessidades de informação por parte dos diferentes profissionais de saúde são naturalmente diferentes. Os farmacêuticos estão dispostos a partilhar informação, sem restrições, com o médico, mas o contrário já não é, necessariamente, verdade. Este facto justifica-se, fundamentalmente, com a percepção de um novo papel profissional por parte dos farmacêuticos, e com a noção de invasão do território e desconhecimento das competências e utilidade das informações que o farmacêutico possa fornecer por parte dos médicos. É notória a necessidade de investir nas relações pessoais e profissionais entre farmacêuticos e médicos.
- A opinião dos doentes não foi, na maioria das vezes, levada em conta de uma forma directa mas estão patentes, quase sempre, as preocupações em relação à confidencialidade e ao consentimento do doente.
- As necessidades e as características de comunicação, assim como o tipo de informação a comunicar, devem ser discutidas e acordadas entre os intervenientes, no caso concreto deste estudo entre os farmacêuticos e os médicos. O objecto de comunicação – os doentes – deve ser consultado.
- Já foram postos em prática alguns documentos de comunicação escrita F—M. Neste capítulo, foram apresentados três modelos, todos eles com secções específicas de informação. No entanto, nenhum deles teve muito sucesso na sua implementação.

MÉTODO

2 MÉTODO

2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes no estudo são 25 médicos que exercem a sua profissão em Unidades de Saúde Familiar (USF). A amostra não é probabilística e foi seleccionada por conveniência, o que se enquadra no tipo de estudo em causa que é um estudo exploratório.

Dos 25 participantes no estudo, 6 são homens e 19 são mulheres, como se mostra na Figura 2.1, que se segue.

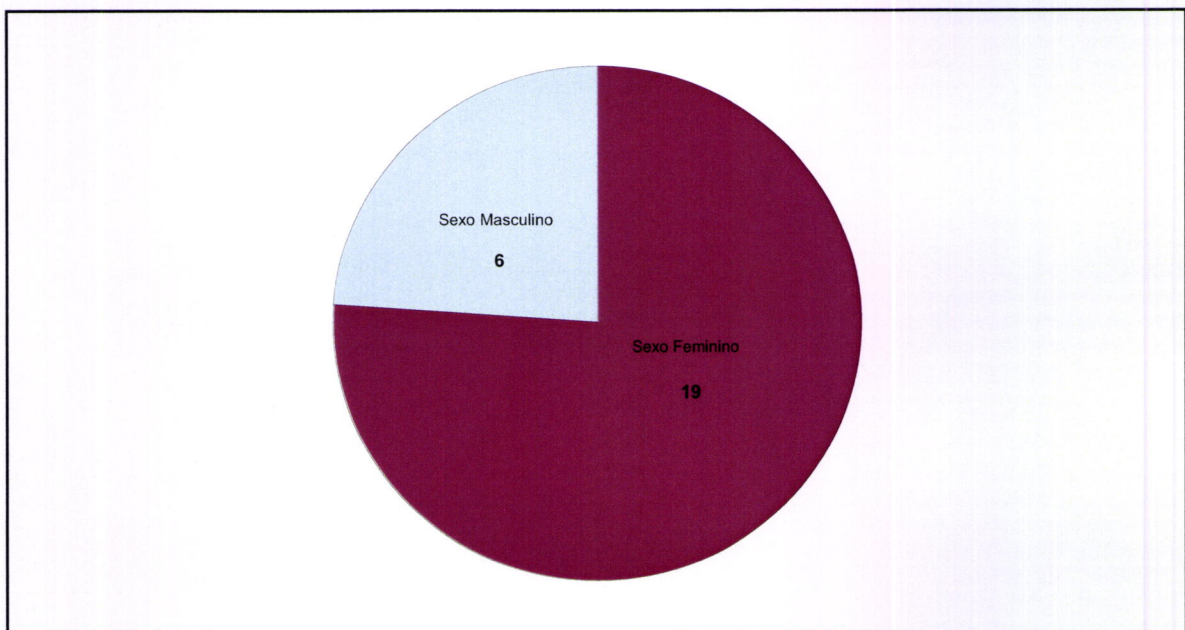


Figura 2.1. Distribuição dos participantes por género.

As duas figuras que se seguem (Figura 2.2 e Figura 2.3) apresentam a amostra de participantes segundo a sua idade e anos de prática clínica.

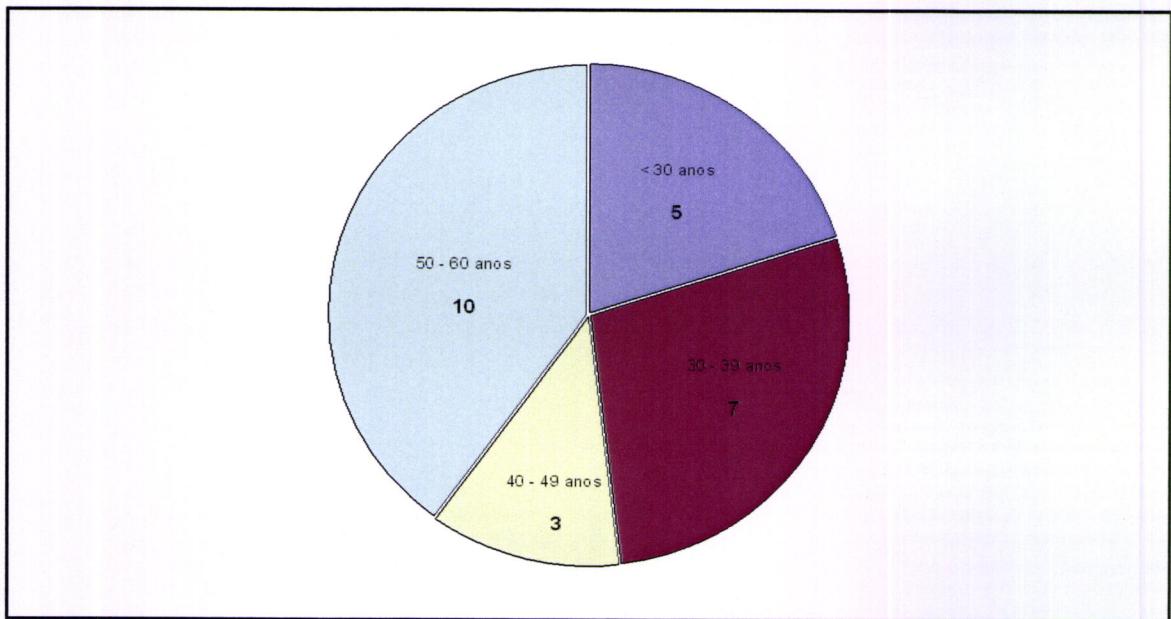


Figura 2.2. Distribuição dos participantes por idade.

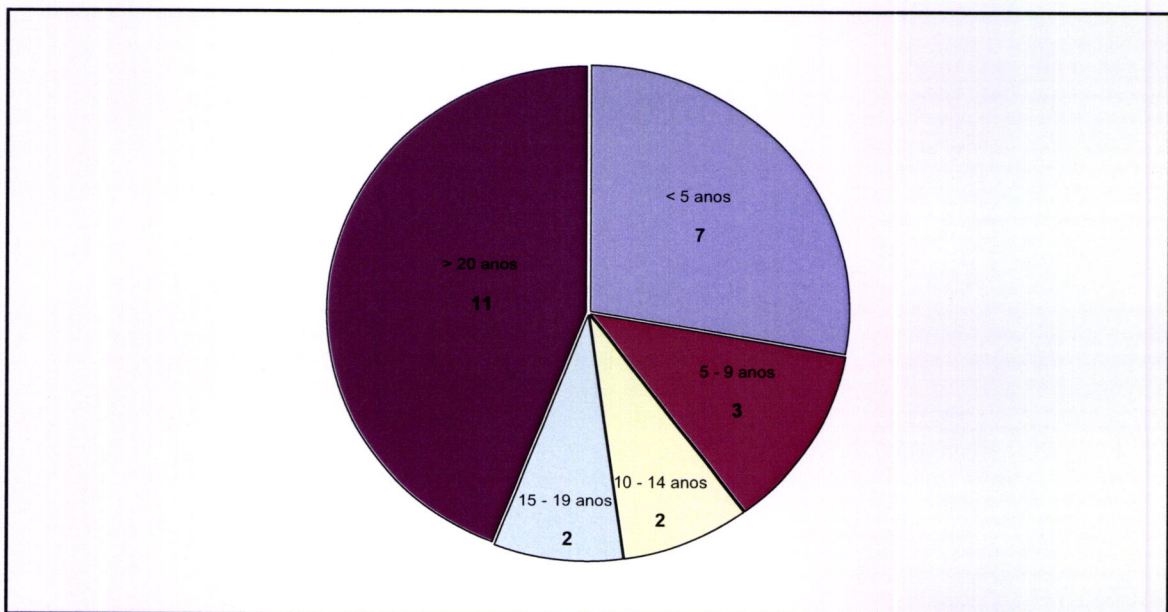


Figura 2.3. Distribuição dos participantes por anos de prática clínica.

Realizaram-se três reuniões de FG, que decorreram nas instalações de três USF distintas, sendo que o número total de médicos participantes (25) se distribui da seguinte forma (ver Quadro 2.1):

Quadro 2.1

Distribuição dos Médicos Participantes pelos três FG realizados e pelas três USF visitadas

FG	USF	Participantes
FG2	Ebora (Évora)	8
Total		25

É importante realçar algumas características particulares inerentes a cada um dos grupos de participantes. Os participantes do FG1 costumam colaborar com as faculdades de medicina; O grupo de médicos que fez parte do FG2 está familiarizado com o AF; e o grupo de médicos que participou no FG3 é um grupo dinâmico que tem por hábito colaborar em trabalhos de investigação e com as farmácias da sua zona.

De referir ainda é o facto do grupo de participantes do FG3 não seguir o padrão dos outros dois grupos de participantes, isto é, enquanto estes últimos são compostos, maioritariamente, por internos (menos de 30 anos) e veteranos (mais de 50 anos), o FG3 é constituído, maioritariamente, pela faixa etária dos 30 aos 50 anos.

2.3.1 INSTRUMENTOS

Os documentos que se descrevem em seguida eram preparados, isto é, eram impressos, antes de cada reunião de FG. Basta haver um *Guia Orientador da Discussão* e uma *Lista de verificação do material*. O material a ser distribuído pelos participantes—a *Folha de Identificação do Participante*, os *Casos Práticos* e os *Questionários Rápidos*—eram impressos em grupos de cerca de quinze exemplares, tendo em conta que o número máximo de participantes em cada FG era de dez.

2.3.1.1 Lista de Verificação do Material

Esta é uma lista que garante que se observam todas as condições necessárias para que a reunião de FG decorra com sucesso.

A *Lista de Verificação do Material* utilizada neste trabalho encontra-se no Apêndice A.

2.3.1.2 Guia Orientador da Discussão

Como a designação indica, o guia orientador apoia o moderador no decurso da reunião de FG. É dividido nas seguintes partes:

- 1) Apresentação do moderador da discussão;
- 2) Apresentação do tema de discussão;
- 3) Apresentação das regras de discussão;
- 4) Questões de investigação;
- 5) Finalização da discussão.

Tanto o *Guia Orientador da Discussão* como a *Lista de verificação de material* foram construídos com base em livros técnicos^{27,39,40,41} de referência sobre FG.

É apresentado um exemplar do *Guia Orientador da Discussão* no Apêndice B.

2.3.1.3 Identificação do Participante

O propósito da folha de identificação é possibilitar a caracterização dos participantes quanto ao *Gênero, Faixa etária, Nacionalidade, Naturalidade, Universidade de formação, Anos de prática clínica e Especialidade clínica*.

No Apêndice C encontra-se a *Folha de Identificação de Participantes* utilizada. É necessário dizer que o gênero foi identificado a partir do nome do participante, que é o que na realidade se pede na folha de identificação. Este dado foi recolhido por ser importante para a análise de dados mas será obviamente omissa na apresentação dos resultados por motivos de confidencialidade.

2.3.1.4 Casos Práticos / Modelos de Comunicação

Durante as reuniões de FG, foram apresentados dois casos práticos, A e B, ilustrativos de motivos de comunicação ao médico por parte do farmacêutico. Estes casos práticos são fictícios sendo, no entanto, baseados na experiência profissional diária da autora do trabalho. Cada caso prático é apresentado sob a forma de três modelos de documentos de comunicação escrita distintos:

- 1) O modelo 1 é um relatório escrito em formato de carta;
- 2) O modelo 2 é um modelo estruturado com campos standardizados;

- 3) O modelo 3 é a mesma folha de avaliação—Estado de situação (ver Anexo A)—que o farmacêutico utiliza para identificar as suspeitas de resultados negativos da farmacoterapia de um doente.

Nos Apêndices D e E, encontram-se, respectivamente, os exemplares dos casos práticos A e B, sob a forma de cada um dos três modelos de comunicação escrita farmacêutico—médico.

No Apêndice F está representado o verso de cada documento de comunicação, onde se encontra o espaço necessário para inscrever informações sobre o destinatário e o remetente do documento de comunicação.

2.3.1.5 Questionários Rápidos

No final de cada FG, foi realizado um questionário rápido para quantificar alguns dos dados obtidos, nomeadamente o *Tipo de comunicação preferido*, o *Modo de entrega do documento preferido*, o *Tempo de entrega do documento preferido* e o *Modelo de documento preferido*.

Um exemplar do *Questionário Rápido* encontra-se no Apêndice G.

À semelhança da *Folha de Identificação do Participante*, é pedido o nome do participante. Como já se disse anteriormente, este dado é importante para a análise de dados mas será omitido por motivos de confidencialidade.

2.3.2 EQUIPAMENTO

2.3.2.1 Gravadores de Voz

Foram utilizados três gravadores de voz diferentes para gravar as reuniões de FG. Utilizaram-se os três equipamentos simultaneamente para, no caso de avaria ou falha de algum deles, não se perder o trabalho realizado. Os gravadores de voz utilizados têm, respectivamente, as seguintes marcas:

- (a) Panasonic mini cassette recorder RQ-L309;
- (b) General Electric microcassette recorder;
- (c) Creative MuVo 100.



Figura 2.4. Gravadores de voz utilizados para gravar as reuniões de FG.

De referir que se iniciou a gravação com cada equipamento em tempos distintos para que as fitas de gravação, no caso dos gravadores de voz que usam cassete, não terminassem ao mesmo tempo.

2.3.2.2 Equipamentos de Apoio aos Gravadores de Voz

Foram ainda necessários os seguintes equipamentos:

- Microfone de mesa Sony, modelo N.º ECM-F8 [este equipamento foi utilizado para maximizar as potencialidades do gravador de voz (b)];
- Cassetes para os gravadores de voz (a) e (b);
- Pilhas.

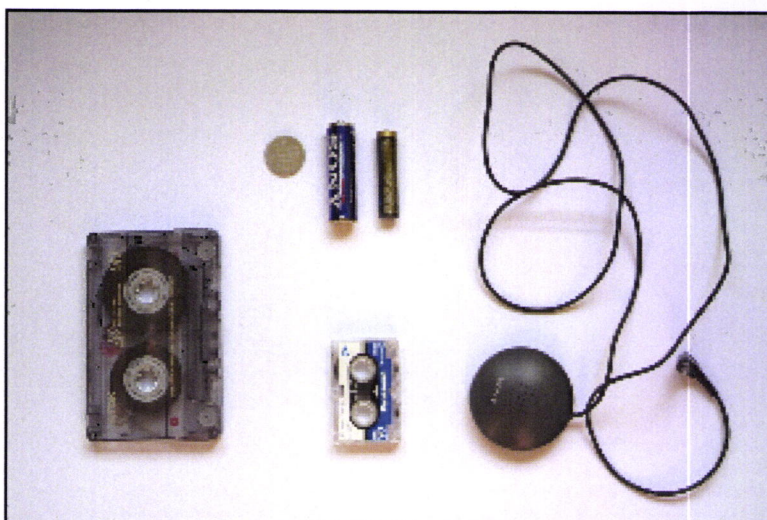


Figura 2.5. Microfone de mesa, cassetes e pilhas utilizados no trabalho.

2.3.2.3 Outro Material

Outro material eventualmente necessário para os participantes foi (a) esferográficas, (b) folhas de rascunho, (c) identificação de mesa para cada participante e (d) garrafas de água.

2.4 DESENHO E PROCEDIMENTO DO ESTUDO

O estudo levado a cabo é um estudo exploratório, onde se recolheu informação sobre o tema *Comunicação F—M* e, em particular, sobre *Documentos de Comunicação Escrita F—M*. Para se recolher a informação, recorreu-se à metodologia de investigação qualitativa *Focus Group* e a um questionário no final das reuniões de FG para quantificar alguns dados relevantes.

Um FG consiste, basicamente, numa reunião com, idealmente, entre seis e dez participantes, neste caso médicos, que discutem um tema sob orientação de um moderador, que neste caso é o próprio investigador.

Cada USF, envolvida no presente estudo, foi contactada por intermédio de um dos seus colaboradores, sendo estes conhecidos do investigador. O projecto de investigação foi apresentado à direcção de cada USF, que recrutaram os

participantes, e foram acordadas as datas para a realização dos FG. As três reuniões de FG ocorreram entre Março e Junho de 2007.

Aquando o planeamento^{39,41} de um FG, há a considerar os seguintes requisitos:

- Tipo de participantes;
- Número de participantes em cada FG;
- Número de FG;
- Nível de envolvimento do moderador.

No Quadro 2.2 que se segue encontram-se referidos os requisitos a observar na realização dos FG para o presente trabalho.

Quadro 2.2

Plano de Focus Group

Tipo de Participantes	Médicos
N.º Mínimo de FG	2

A escolha do tipo de participantes efectuada é óbvia pois são os médicos os destinatários do produto final deste trabalho: um documento de comunicação escrita F—M. Seis a dez participantes são o conjunto de participantes recomendado para um FG de sucesso³⁹. Uma vez que este trabalho consiste num estudo exploratório bastaria realizar um FG, no entanto seria arriscado confiar no

sucesso de um FG apenas. Pelo mesmo motivo (trata-se de um estudo exploratório), o nível de envolvimento do moderador da discussão, que neste caso é o investigador e autor do trabalho, deve ser baixo, limitando-se a conduzir a discussão.

Ultrapassada a fase inicial de planeamento das reuniões de FG, passa-se à fase de planeamento da moderação do FG. Para uma moderação de sucesso é muito importante, em primeiro lugar, elaborar um bom *Guia Orientador da Discussão*, apresentado na secção 2.3.1.2 e no Apêndice B; a experiência de moderação de FG desempenhará um papel relevante assim como as dicas fornecidas, pelos peritos, nos livros teóricos^{28,39} consultados.

As questões²⁷ preparadas e colocadas durante a realização dos FG são a parte mais importante do trabalho, pois são estas que permitirão ou não recolher os dados com sucesso. No presente trabalho, as questões dividem-se pelos seguintes temas:

- Tipo de comunicação;
- Documentos de comunicação escrita;
- Questões gerais sobre comunicação F—M.

As reuniões de FG são gravadas para que não se perca nenhum dado importante.

A duração média das reuniões de FG foi de quarenta e cinco minutos.

Resumidamente, estes foram os passos seguidos aquando a realização das reuniões de FG:

- 1) Distribuição das Folhas de Identificação do Participante;

- 2) Activação dos aparelhos de gravação em tempos distintos para evitar que as cassetes de gravação terminem simultaneamente;
- 3) Apresentação do investigador, do trabalho e das regras de discussão;
- 4) Questões e discussão propriamente dita;
- 5) Distribuição dos Questionários Rápidos;
- 6) Recolha das Folhas de Identificação de Participante, dos Questionários Rápidos e término da reunião.

No final de cada FG, foi realizado um questionário rápido aos participantes para obter dados quantitativos sobre pontos-chave da investigação (*Apêndice G*).

A análise de dados obtidos no FG processa-se em duas fases:

- 1.^a Fase: Transcrição das gravações;
- 2.^a Fase: Identificação de padrões, temas e pontos-chave da discussão.

Por motivos de confidencialidade, a transcrição das gravações apresentada no trabalho será uma compilação das gravações de todos os *“Focus Groups”* realizados e os interlocutores serão identificados por iniciais.



- Foram realizadas três reuniões de FG, com entre sete e dez participantes, perfazendo no total vinte e cinco participantes;
- Os participantes são na sua maioria mulheres, têm mais de 50 anos e mais de 20 anos de prática clínica. No entanto, os participantes do FG3 fogem à regra, tendo, na sua maioria, entre 30 e 50 anos de idade e entre 11 a 20 anos de prática clínica.

- Para a realização do presente trabalho foram necessários os seguintes instrumentos e equipamentos: (a) Lista de verificação do material; (b) Guia orientador da discussão; (c) Folha de identificação do participante; (d) Dois casos práticos, cada um utilizando três modelos de comunicação escrita distintos; (e) Questionário rápido; (f) Três gravadores de voz; (g) Microfone de mesa; (h) Cassetes de gravação; (i) Pilhas para os gravadores de voz e microfone de mesa; (j) Esferográficas; (k) Folhas de rascunho; (l) Identificação de mesa para cada participante e (m) Garrafas de água.
- O presente estudo é um estudo exploratório que segue a metodologia de investigação qualitativa *Focus Group*. Acessoriamente, recorre-se a um questionário para quantificar alguns dados relevantes

RESULTADOS

3 RESULTADOS

3.1 QUESTÕES E RESPOSTAS

Nesta secção, são apresentadas, sob a forma de quadro, as respostas mais relevantes às questões efectuadas pelo investigador durante as reuniões de FG (ver Apêndice B). As questões estão divididas por categorias: questão de abertura; documentos de comunicação escrita (ver Apêndices D e E); questões gerais sobre comunicação F—M. As respostas correspondentes a cada questão encontram-se na mesma linha e o seu autor é identificado por iniciais; também há correspondência entre a resposta e o FG onde esta teve lugar.

Quadro 3.1

Questões e respostas dos FG

Questão de Abertura	
1. Qual o tipo de comunicação preferido?	«Oral directa, indirecta nunca. Porque fica logo esclarecido o assunto.» (R, FG2)
Comunicação oral ou escrita?	
Porquê?	«Eu penso que até pode ser as duas, depende da situação e assunto.» (A, FG2)
Vantagens e desvantagens?	«Eu até pediria que, se fosse uma situação de risco para a saúde do doente, houvesse um contacto por telefone. Se fosse uma situação que pudesse esperar, que trouxesse por escrito na próxima consulta.» (AF, FG3)

(continua)

Quadro 3.1 (continuação)

	«Parece-me que preferia escrita. A informação por estar escrita dá a hipótese de reflectir melhor sobre o assunto.» (T, FG1)
Documentos de Comunicação Escrita	
2. Qual o modo (doente, postal, fax ou e-mail) de entrega preferido?	<i>«Em termos de recursos logísticos, se quisermos aplicar isto com o fax é possível, com o e-mail ainda não.» (DP, FG1)</i>
Qual o tempo de entrega (antes ou na consulta) preferido?	
Porquê?	
Vantagens e desvantagens?	<p><i>«...ser automático. A farmácia notificava para a base de dados central e nós, quando chegássemos, tínhamos um alerta no computador» (N, FG1)</i></p> <p><i>«O tempo de entrega depende do tempo até à consulta e da urgência também.» (AA, FG1)</i></p> <p><i>«Eu penso que poderá ser por carta enviada directamente pelo farmacêutico, através do doente.» (AA, FG2)</i></p> <p><i>«Basta-me no dia, porque eu antes não vou planear a consulta do dia seguinte.» (A, FG2)</i></p> <p><i>«Eu gostava das duas: uma que chegasse antes da consulta, podia ser via e-mail, e outra trazida pelo doente, em suporte de papel para ficar no processo do doente. O vosso documento com as informações mais detalhadas.» (V. FG3)</i></p>

(continua)

Quadro 3.1 (continuação)

	<p>«Eu, pessoalmente, não sinto capacidade de, além de todas as tarefas que faço, preparar uma consulta. Preferia gerir na altura da consulta.» (AF, FG3)</p> <p>«A não ser que aquilo que nos é mandado pelo farmacêutico, de alguma forma já nos possa ajudar. Está mesmo dentro da área deles, poderem mandar, por exemplo, uma cópia ou uma anotação dos efeitos adversos esperados para aquele fármaco. Para além de nos avisar do que se passou, anexar informação. Eles têm melhor acesso que nós.» (RP, FG3)</p>
<p>3.1. O que pensariam, e que atitudes tomariam, se recebessem os documentos de comunicação escrita 1, 2 e 3?</p>	<p>«Não é descabido.» (CR, FG1)</p> <p>«Eu, pessoalmente, acho que é um luxo receber uma carta destas. Se recebesse qualquer uma destas cartas, sentir-me-ia honrada.» (AF, FG3)</p>
<p>3.2. Qual dos documentos (1, 2 ou 3) prefeririam receber?</p> <p>Vantagens e desvantagens?</p> <p>Porquê?</p>	<p>«O que interessa tira-se mais facilmente dos documentos 2 e 3.» (CR, FG1)</p> <p>«Acho que o documento 3 pode tornar-se um bocadinho mais difícil de interpretar para mim.» (CR, FG1)</p> <p>«Eu acho que o documento 3 é mais um modelo de registo do que de comunicação para outro. O modelo 2 parece-me um modelo mais fluido.» (N, FG1)</p>

(continua)

Quadro 3.1 (continuação)

«Digamos que a informação contida no documento 3 é um tipo de informação que pode servir para vós mas que para nós não serve. O modelo 2, de facto, é um modelo mais conciso: qual é o pedido, qual é a terapêutica, o que é que vocês fizeram, quais são as conclusões.» (N, FG1)

«O documento 3 é muito objectivo, está prático e tem aqui tudo aquilo que nos interessa...» (MR, FG2)

«O documento 2 é melhor que o 1 mas também não é preciso tanta coisa, acho que o 3 está óptimo.» (MR, FG2)

«Eu não preferia o modelo 3, provavelmente preferia o 2 que é mais arrumado. Não preferia o 3 por algumas razões que têm a ver com os “problemas de saúde”». (AF, FG3)

«Uma coisa que falhou na primeira carta, a reacção adversa ao metotrexato, acho que é importante estar referida.» (M, FG3)

«Eu prefiro o 2 mas acho que era importante estar referido o segundo parágrafo do modelo 1 (reacções adversas relacionadas). Acho que é importante alertar, embora este caso seja um caso mais conhecido, há coisas que nós não conhecemos tão bem em relação a certos medicamentos.» (RP, FG3)

(continua)

Quadro 3.1 (continuação)

	<p>«Quando vi assim os 3 modelos, tive vários sentimentos: o 1 tem tanta conversa, depois, de facto, gostei mais do 2 por estar assim mais arrumadinho. Isto foi logo a primeira impressão. Depois quando li, de facto, aquele que foi mais explícito e mais imediato para o que se pretendia foi o 1. Toda esta conversa acabou por ser aquela que me permitiu entender rapidamente o que é que se passava e o que é que era preciso.» (RP, FG3)</p> <p>«O modelo 2 tem dois campos – motivos de referência à consulta médica e observações. Acho que a informação está um bocadinho fragmentada, a mim bastava-me um campo que contivesse tudo o que era necessário.» (RP, FG3)</p> <p>«O mesmo se passa em relação ao modelo 3, eu também gostaria deste se tivesse escrito o que está no 1 para eu perceber rapidamente do que se tratava. E isto da “insegurança” não é uma linguagem muito abrangente, não sei se para vocês é assim logo linear o que está aqui em causa...» (RP, FG3)</p>
3.3. Têm alguma sugestão a fazer?	<p>«No verso devia ter um espaço para dar a resposta.» (CR, FG1)</p> <p>- «Acho que falta um título no cabeçalho.» (DP, FG1)</p>

(continua)

Quadro 3.1 (continuação)

«Uma forma de enviar a resposta de volta, até por uma questão de boa educação merece uma resposta. Se tiver um espaço de resposta simples, penso que poderá beneficiar.» (A, FG2)

«Para mim a leitura de uma letra normal, que se chama “Arial” ou qualquer coisa assim, é preferível. Esta letra de mão faz-me muita confusão. Cansa-me muito esta letra.» (MJ, FG3)

«Construção de um novo modelo de documento de comunicação escrita com características dos modelos 1 e 2». (FG3)

«Informação sobre a adesão à terapêutica.» (FG2 e FG3)

4.1. Em relação ao documento de comunicação 3, comentem o parâmetro Problemas de Saúde (PS).

«...Até porque o documento 3 tem uma avaliação de problemas de saúde que é feita só com base na terapêutica actual. Depois também tem uma avaliação de controlado e não controlado que é um bocado relativa, não é? Há dados que o farmacêutico não conhece, mesmo para identificar os problemas de saúde é difícil só com base na terapêutica actual.» (DP, FG1)

(continua)

Quadro 3.1 (continuação)

«Se o doente está controlado, diabético ou hipertenso, que medicação é que ele faz, o farmacêutico não tem nada a dizer. Aceito outras coisas, aceito que diga efeitos iatrogénicos do medicamento: o doente tem dores de cabeça, suores ou faz hipoglicemias. Penso que isto está relacionado com o medicamento, isso acho que o farmacêutico deve dizer. Ou acho que o doente devia ter este ritmo de compra e não tem, não está a tomar o medicamento; Ou o doente não se queixou disso a si, tem mais confiança comigo, queixou-se a mim. Estas informações aceito, aceito e agradeço. A informação se o doente está controlado ou não, não.» (R, FG2)

- «Estes aqui parecem muito óbvios, mas não é obrigatório que o farmacêutico saiba quais foram os problemas de saúde para os quais foram prescritos aqueles fármacos, porque há fármacos que são prescritos para mais que um problema de saúde.» (AF, FG3)

4.2. Em relação ao documento de comunicação 3, comentem o parâmetro Avaliação do medicamento quanto à necessidade (N), efectividade (E) e segurança (S).

«Aqui a avaliação da necessidade ou não é um bocado subjectiva. Imagine que põe aqui “não” e eu acho que “sim”...acho que não vou ganhar muito com a sua avaliação.» (ML, FG2)

(continuação)

Quadro 3.1 (continuação)

	<p>«Outra coisa, também não sei se é vantajoso o farmacêutico ter o trabalho de saber se está controlado ou não controlado. Para o farmacêutico saber se a hiperglicemia está controlada tem que ver as análises, para saber se a psoríase está controlada tem que ver as lesões. Não sei se é uma coisa que o farmacêutico deva fazer. Aqui a avaliação Necessidade/Efectividade/Segurança parece-me complexa.» (AF, FG3)</p>
Questões Gerais sobre Comunicação F—M	
<p>5. No contexto do AF, consideram a comunicação F—M importante?</p> <p>Porquê?</p>	<p>Quanto mais em comunicação estivermos, melhor contribuímos para os <i>cuidados aos doentes</i>.» (AA, FG1)</p> <p>«É mais uma <i>achega para aquilo que acontece quando o doente sai daqui</i>.» (CR, FG1)</p> <p>«Tenho impressão que a <i>farmácia é muito mais acessível ao doente</i>.» (DP, FG1)</p> <p>«Já para não falar que o <i>doente anda com medicamentos receitados pela esquerda e pela direita e nós não sabemos nada. Vocês são os únicos que sabem o que eles estão a aviar</i>.» (N, FG1)</p> <p>«Às vezes, estão a fazer duas <i>estatinas, uma que é de marca e outra que não é, e não se apercebe por causa dos nomes</i>.» (AP, FG1)</p>

(continua)

Quadro 3.1 (continuação)

«Se o objectivo é tratar de uma pessoa, qualquer achega é sempre bem-vinda.» (A, FG2)

«Até porque o acesso à farmácia é muito mais fácil do que o acesso a nós.» (ML, FG2)

«É uma forma de otimizar os cuidados que prestamos ao doente.» (RP, FG3)

«Melhoria da adesão à terapêutica, como sabe é miserável.» (LP, FG3)

«A compliance terapêutica provavelmente ainda vai ter mais reflexo no tratar bem o doente do que as interacções e as reacções adversas.» (AF, FG3)

«Informar e sugerir medicamentos alternativos mais acessíveis porque, às vezes, os doentes não compram por ser caro mas não nos dizem.» (AF, FG3)

«É uma forma de aproveitar as competências do farmacêutico para bem da comunidade. É uma área que dominam mais que nós. É uma optimização dos recursos e dos conhecimentos dos profissionais.» (AF, FG3)

(continua)

Quadro 3.1 (continuação)

	<p>«Outra coisa em que nos podem ajudar é relativamente à farmacocinética, nem sempre nós dominamos. Se devem ser tomados com as refeições, em jejum, se podem ser tomados com leite...provavelmente vocês sabem melhor que nós e podem nos ajudar.» (AF, FG3)</p>
<p>6. No contexto do AF, quais são, na vossa opinião, as dificuldades na comunicação F—M?</p>	<p>«Para já é o veículo de comunicação que ainda não está definido.» (CR, FG1)</p> <p>- «O tempo e, muitas vezes, não saber quem é que está do outro lado, quem é que está nas farmácias.» (N, FG1)</p> <p>- «Falta de hábito. A rivalidade que se criou entre os médicos e os farmacêuticos em termos de actuação em relação a um determinado doente.» (A, FG2)</p> <p>«Acho que um dos problemas seria não combinarem das duas partes qual o modelo de comunicação que consideram ser funcional para um lado e para outro. A não planificação de uma coisa que poderá vir a acontecer pode logo boicotar: as pessoas não se sentirem envolvidas no processo de criação. É o que geralmente acontece em tudo. Depois há a dificuldade da pessoa, a quem não foi perguntada a opinião, em aderir e cumprir.» (V, FG3)</p>

(continua)

Quadro 3.1 (continuação)

7. Na vossa opinião, como se poderia melhorar a comunicação F—M?	<p>«Em primeiro lugar, conhecerem-se. Desfazerem-se os estereótipos que todos nós criamos, de um lado e do outro. Conhecer o espaço do outro.» (N, FG1)</p> <p>«Pelo interesse nestas coisas que estão a passar-se. Ser mais divulgado, em revistas, por exemplo.» (R, FG2)</p> <p>«Tem que haver um contacto pessoal, a gente tem que conhecer as pessoas. Há associações, há grupos que podiam promover essa questão.» (A, FG2)</p> <p>«O conhecimento pessoal. Conhecerem-se fisicamente, ir à farmácia, virem ao centro de saúde. Conhecer o funcionamento: o que é que se pode esperar da farmácia e o que é que a farmácia pode esperar de nós.» (LP, FG3)</p> <p>«A realização de sessões clínicas conjuntas. Algumas podiam ser com a participação de farmacêuticos, as que tivessem a ver com eles, ou para comentar ou apresentar. Coisas que têm a ver com farmacologia.» (AF, FG3)</p>
---	--

3.2 TEMAS DE DISCUSSÃO IDENTIFICADOS

Durante a discussão do tema proposto, surgiram os temas referidos no quadro 3.2.

Quadro 3.2

Temas de Discussão nas Reuniões de FG

Novas tecnologias: Internet

«Qual será a percentagem de colegas nossos que foge do e-mail como o diabo da cruz?» (T, FG1)

«Em termos económicos é muito mais barato ter um e-mail que ter um fax. É uma questão das pessoas reconhecerem que é importante ou não é importante. Nós andamos um pouco distraídos, às vezes. É mais barato, não avaria nem nada.» (N, FG1)

Modo de resposta do médico ao farmacêutico

«...saber se isto surtiu efeito ou não, podem mandar documentos mas se ninguém fizer nada...» (CR, FG1)

«Era melhor que, de um modo formal, vocês soubessem o que se tinha passado. Não é o doente dizer: "ai o médico deixou de me passar aquele medicamento..."» (CR, FG1)

«No verso devia ter um espaço de resposta simples.» (CR, FG1)

«Podia ser um destacável simples ou duplicado.» (RP, FG3)

(continua)

Quadro 3.2 (continuação)

Papel do farmacêutico nos cuidados ao doente

«Até porque o documento 3 tem uma avaliação de problemas de saúde que é feita só com base na terapêutica actual. Depois também tem uma avaliação de controlado e não controlado que é um bocado relativa, não é? Há dados que o farmacêutico não conhece, mesmo para identificar os problemas de saúde é difícil só com base na terapêutica actual.» (DP, FG1)

- «Se o doente está controlado, diabético ou hipertenso, que medicação é que ele faz, o farmacêutico não tem nada a dizer. Aceito outras coisas, aceito que diga efeitos iatrogénicos do medicamento: o doente tem dores de cabeça, suores ou faz hipoglicemia., Penso que isto está relacionado com o medicamento, isso acho que o farmacêutico deve dizer. Ou acho que o doente devia ter este ritmo de compra e não tem, não está a tomar o medicamento; Ou o doente não se queixou disso a si, tem mais confiança comigo, queixou-se a mim. Estas informações aceito, aceito e agradeço. A informação se o doente está controlado ou não, não.» (R, FG2)

(continua)

Quadro 3.2 (continuação)

	<p>«Outra coisa, também não sei se é vantajoso o farmacêutico ter o trabalho de saber se está controlado ou não controlado. Para o farmacêutico saber se a hiperglicemia está controlada tem que ver as análises, para saber se a psoríase está controlada tem que ver as lesões. Não sei se é uma coisa que o farmacêutico deva fazer. Aqui a avaliação Necessidade/Efectividade/Segurança parece-me complexa.» (AF, FG3)</p>
Adesão à terapêutica	<p><i>«A compliance terapêutica provavelmente ainda vai ter mais reflexo no tratar bem o doente do que as interacções e as reacções adversas.» (AF, FG3)</i></p>
Apoio do farmacêutico ao médico no que se relaciona com a farmacologia	<p>«Acho que é importante alertar, embora este caso seja um caso mais conhecido, há coisas que nós não conhecemos tão bem em relação a certos medicamentos.» (RP, FG3)</p> <p>«Outra coisa em que nos podem ajudar é relativamente à farmacocinética, nem sempre nós dominamos. Se devem ser tomados com as refeições, em jejum, se podem ser tomados com leite...provavelmente vocês sabem melhor que nós e podem nos ajudar.» (AF, FG3)</p>

(continua)

Quadro 3.2 (continuação)

<p>Relações pessoais e profissionais entre a classe médica e farmacêutica</p>	<p>«O conhecimento pessoal. Conhecerem-se fisicamente, ir à farmácia, virem ao centro de saúde. Conhecer o funcionamento: o que é que se pode esperar da farmácia e o que é que a farmácia pode esperar de nós.» (LP, FG3)</p> <p>«A realização de sessões clínicas conjuntas. Algumas podiam ser com a participação de farmacêuticos, as que tivessem a ver com eles, ou para comentar ou apresentar. Coisas que têm a ver com farmacologia.» (AF, FG3)</p>
<p>Fornecimento de informação por parte do médico ao farmacêutico</p>	<p>«O objectivo de andar a controlar um doente até permite depois o retorno ao contrário...há determinados problemas de saúde que o farmacêutico não consegue perceber se o doente não lhe diz. E eventualmente podia haver necessidade de incluir aqui outros problemas de saúde para acompanhamento.» (A, FG2)</p>
<p>Linguagem utilizada</p>	<p>«E isto da “insegurança” não é uma linguagem muito abrangente, não sei se para vocês é assim logo linear o que está aqui em causa...» (RP, FG3)</p> <p>«Há aqui coisas que até do ponto de vista médico estão erradas, incorrectas. Na definição de problema de saúde não se coloca “mau paladar”, “perda de peso”, depois há uma mistura de coisas.» (MJ, FG3)</p>

3.3 DADOS QUANTITATIVOS

Os dados que se apresentam nesta secção foram obtidos através de um questionário rápido realizado no final da discussão de grupo.

Como a Figura 3.1 seguinte ilustra, a comunicação escrita foi o tipo de comunicação preferido, nos três FG realizados.

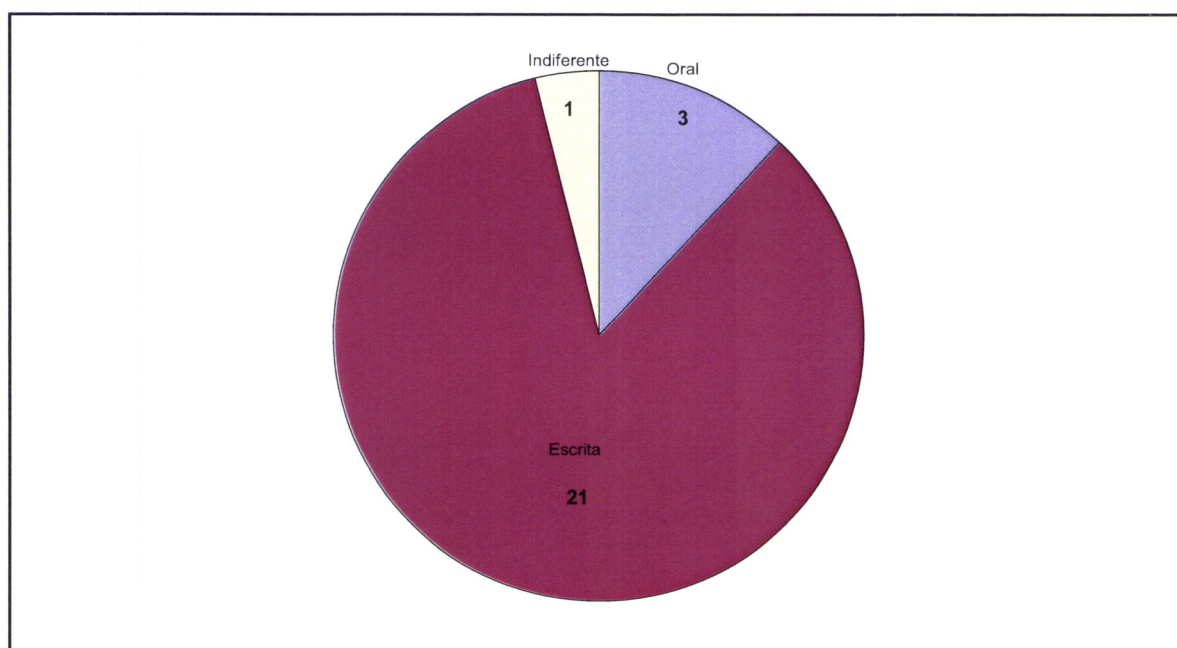


Figura 3.1. Tipo de comunicação preferida pelos participantes dos três FG.

Não se chegou a consenso em relação ao modo de entrega do documento escrito (doente, postal, fax ou e-mail). A maioria dos participantes escolheu duas opções.

Como se pode verificar na Figura 3.2 seguinte, em dois dos FG realizados os participantes preferem que o documento de comunicação escrita seja entregue antes da consulta, no outro a preferência vai para a entrega do documento na consulta médica.

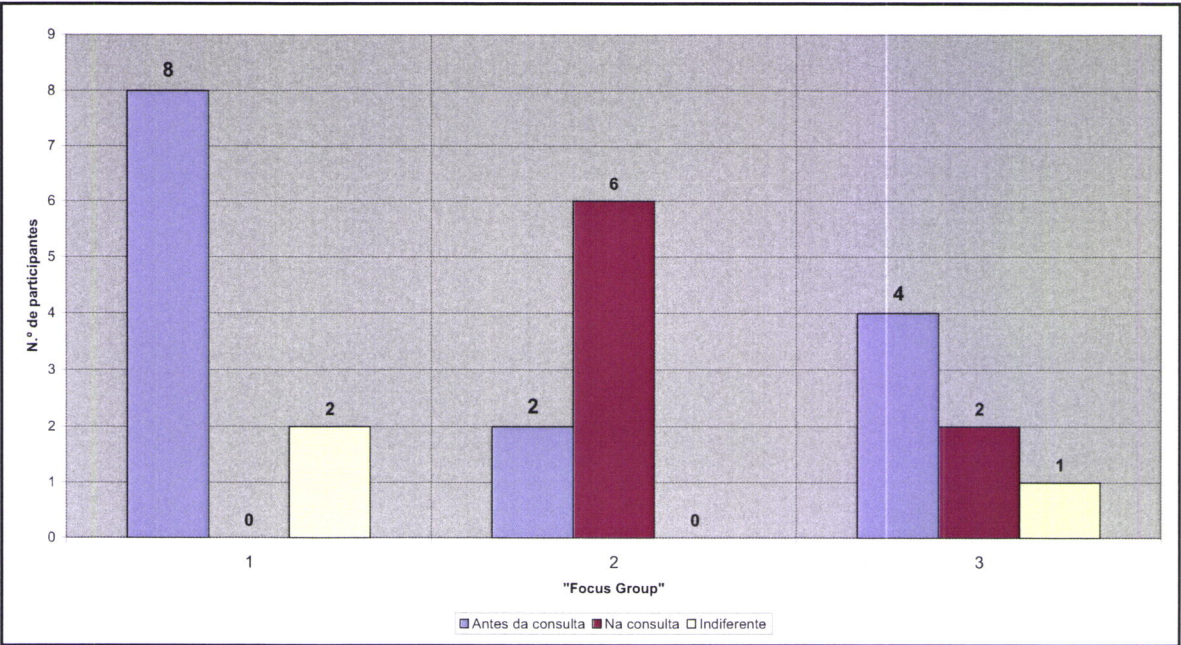


Figura 3.2. Tempo de entrega do documento de comunicação escrita F—M preferido.

A Figura 3.3 mostra que um FG preferiu o documento 2 e outro o documento 3. O FG que resta não obteve consenso em relação ao documento 1 ou 2 e sugeriu um novo documento com características desses dois.

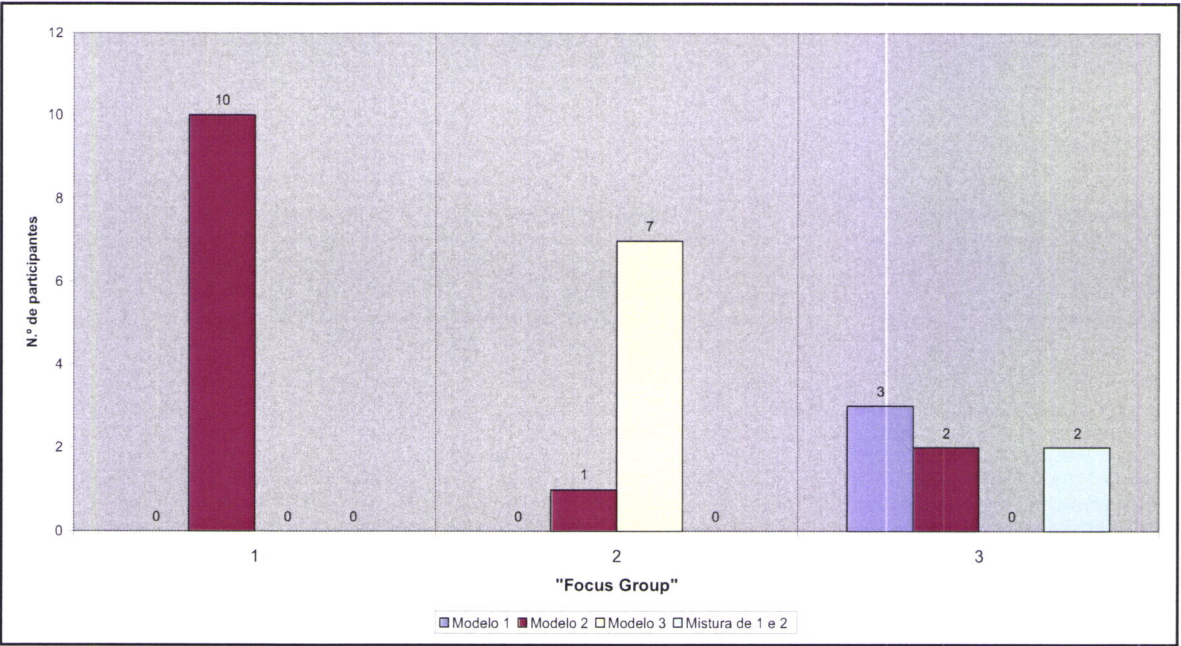


Figura 3.3. Modelo de documento de comunicação escrita F—M preferido.

3.4 NOVO DOCUMENTO DE COMUNICAÇÃO ESCRITA F—M

Seguindo a sugestão de construção de um novo modelo de documento de comunicação lançada pelos participantes do FG3, e tendo em conta as preferências e sugestões dos 3 grupos de participantes, o novo modelo terá as seguintes características (ver *Apêndice H*):

- À semelhança do modelo 2, a informação é organizada em campos estandardizados;
- É identificado por um título no cabeçalho: *Informação Farmacêutica*;
- É constituído por cinco campos com as seguintes designações: Identificação do doente; Motivo de comunicação ao médico; Informação farmacológica; Terapêutica farmacológica actual; Informação ao farmacêutico;
- Em cada campo constará a seguinte informação, sumariada no Quadro 3.3 que se segue;

Quadro 3.3

Organização das Categorias de Informação no Novo Documento de Comunicação F—M construído

Identificação do doente	- Nome do doente; - Outros dados relevantes.
Motivo de comunicação ao médico	- Dados referentes a sintomatologia referida pelo doente; - Relação da sintomatologia com a terapêutica farmacológica; - Dificuldades na toma dos medicamentos; - Sugestão de acção a empreender.

(continua)

Quadro 3.3 (continuação)

Informação farmacológica	- Informação relevante sobre os fármacos em causa que justifique a sua interligação com a sintomatologia apresentada pelo doente.
Terapêutica farmacológica actual	- Medicamentos sujeitos e não sujeitos a receita médica que o doente toma; - Data de início da toma; - Posologia prescrita; - Posologia utilizada.
Informação ao farmacêutico	- Zona de resposta do médico ao farmacêutico com Itens pré-incluídos correspondentes a acções instituídas por este.

- Identificação do destinatário e remetente no verso da folha (*ver Apêndice 9*).

O campo *Informação ao farmacêutico* foi desenvolvido com base nos artigos correspondentes às referências bibliográfica 7 e 26.

3.5 SUMÁRIO

- O tema de discussão proposto (Comunicação F—M) foi tratado sob as seguintes vertentes: (a) Comunicação oral ou escrita; (b) Documentos de comunicação escrita; (c) Generalidades sobre comunicação F – M.
- Foram discutidos vários temas, directamente relacionados com o tema principal, durante as sessões de FG com especial relevância para o *Papel do farmacêutico nos cuidados de saúde e as Necessidades de informação*

por parte do médico, nomeadamente no que se relaciona com a farmacologia e a adesão à terapêutica.

- Através de um inquérito final foram recolhidos alguns dados objectivos:
 - A maioria dos participantes prefere a comunicação escrita;
 - O modo e tempo de entrega do documento de comunicação não reuniram consenso dentro dos próprios FG;
 - O modelo de documento de comunicação preferido não reuniu consenso entre os três FG.

Tendo em conta as sugestões fornecidas pelos três FG, em particular pelo FG3, foi elaborado um novo documento de comunicação escrita F – M.

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

4 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Embora o presente trabalho explore as características da comunicação escrita, a comunicação oral deve estar sempre presente para complementar a primeira. A comunicação oral aplica-se tanto nas situações consideradas urgentes como para cultivar as relações pessoais e profissionais entre médicos e farmacêuticos. É através de uma comunicação F—M regular que melhor se irá ao encontro das expectativas e necessidades de informação de uns e de outros e se estabelecem parâmetros de actuação profissional.

O interesse dos médicos participantes no tema de discussão (comunicação F—M) ficou bem patente com a sugestão de um espaço de resposta do médico ao farmacêutico para que este último soubesse, de forma formal, qual a acção instituída pelo médico em consequência da sua comunicação. Os médicos sugeriram ainda um novo documento de comunicação em que se realçam as seguintes características:

- Não contém dados desnecessários sobre o doente (exemplo: sexo, idade);
- É constituído por secções de informação bem definidas sem compartimentação desnecessária da informação;
- A secção mais importante—*Motivo de comunicação ao médico*—deve explicar de forma concisa o problema que motivou a comunicação e conter uma sugestão de resolução do problema;
- Fornece informação farmacológica específica numa secção própria;
- Fornece dados sobre a terapêutica farmacológica prescrita e não prescrita, e referentes à adesão à terapêutica;
- Tem uma zona de resposta do médico ao farmacêutico.

Um dos temas de discussão foi o papel profissional do farmacêutico, particularmente no que se relaciona com o par farmacoterapia/farmacologia. Na opinião dos médicos, os farmacêuticos não devem imiscuir-se naquilo que consideram não ser da sua competência—a farmacoterapia—e sim prestar-lhes apoio relativamente à farmacologia, o que consideram extremamente importante e necessário. Consideram ainda necessária informação sobre adesão à terapêutica, farmacocinética e alternativas terapêuticas de menor custo.

A linguagem utilizada também foi discutida, sendo notória a dificuldade de entender determinadas terminologias utilizadas no AF como, por exemplo, *efectividade* e *insegurança*. Os médicos não concordam com a classificação de problemas de saúde feita, tanto no que se relaciona com o conceito de problema de saúde como na extrapolação dos problemas de saúde a partir dos medicamentos.

Naturalmente são cometidos alguns erros e omissões ao longo dos trabalhos de investigação. É um processo de aprendizagem contínuo e que não se esgota com o término do trabalho. As situações menos bem conseguidas foram as seguintes:

- Na *Folha de Identificação do Participante* foi, numa primeira fase, omitida a opção *Ilhas* no parâmetro *Naturalidade*. No mesmo documento, os intervalos de números utilizados nos parâmetros *Idade* e *Anos de Prática Clínica* não estavam correctos. Os intervalos de números utilizados foram, por exemplo, «5—10» e «10—15», quando a forma correcta será «5—10» e «11—15».
- Foi utilizada a expressão *comunicação verbal* para se referir a *comunicação oral*, quando comunicação verbal é aquela que utiliza a palavra e tanto pode ser oral ou escrita.
- A apresentação de dois casos práticos (*Apêndices D e E*), no decurso das reuniões de FG, revelou-se desnecessária, sendo suficiente a apresentação de apenas um caso prático.

- Deve haver cuidado na selecção dos casos práticos no sentido de não conterem assuntos que gerem discussões acessórias que não interessam para a discussão principal e atrapalham o decurso da mesma. Por exemplo, no *Caso B* (ver Apêndice E) a perda de peso associada à toma do *topiramato* gerou alguma desconcentração entre os participantes.
- Para a gravação das reuniões de FG devem ser sempre utilizados no mínimo dois gravadores de voz. A utilização de três gravadores de voz neste trabalho foi opção do investigador e talvez tenha sido excesso de zelo.

A moderação das reuniões de FG pelo investigador foi evoluindo positivamente com a prática e pode afirmar-se que a última reunião realizada foi substancialmente melhor sucedida que a primeira. No entanto, o sucesso de um FG não depende só do moderador, depende em grande parte da participação dos elementos do grupo, o que não é de todo controlável pelo investigador. Pode dizer-se que, de uma forma geral, todos os FG, realizados para este trabalho, correram bem.

De uma maneira geral, a participação dos indivíduos nas discussões de FG foi boa. Não obstante a aceitação e interesse demonstrados pela maioria dos participantes nas reuniões de FG, notou-se uma certa resistência e desconforto em relação ao assunto tratado por parte de alguns participantes que se abstiveram de participar na discussão.

As características particulares inerentes a cada grupo de participantes podem ter condicionado as suas escolhas e participação na discussão. Nomeadamente, o FG2, que está familiarizado com o AF, deu a sua preferência ao modelo de comunicação 3 (folha de Estado da Situação que o farmacêutico utiliza para identificar as suspeitas de resultados negativos da farmacoterapia de um doente em AF); Os participantes do FG3 estão habituados a colaborar com os farmacêuticos da sua zona e é o grupo mais homogêneo em termos de idade e anos de prática clínica, pelo que se mostraram mais receptivos e interventivos; Os

participantes do FG1 colaboram com as escolas de medicina e os participantes do FG3 dão, frequentemente, a sua contribuição para projectos de investigação pelo que foram mais cooperantes do que os médicos que participaram no FG2.

A bibliografia consultada sobre a comunicação entre médicos, deixa a impressão de se dar pouca relevância aos problemas relacionados com a terapêutica farmacológica, nomeadamente no que respeita a questões de efectividade e segurança, o que parece adicionar importância ao papel do farmacêutico nesta matéria.

O acesso à informação, por parte dos vários profissionais de saúde de uma equipa multidisciplinar, dentro de uma mesma instituição de prestação de cuidados de saúde, faz-se sem restrições. Quando o local de trabalho não é o mesmo, parece que a informação é usada como poder. No entanto, diversos estudos debruçam-se sobre a veiculação de informação entre médicos que trabalham em instituições distintas, nomeadamente o hospital e o centro de saúde.

Comparando a bibliografia consultada e os resultados obtidos na investigação realizada, verificam-se os seguintes pontos em comum, no que se refere a um documento de comunicação escrita F—M:

- Formato estruturado em sectores de informação;
- Quando o problema identificado é grave, ou potencialmente grave, o contacto deve ser feito por via oral (exemplo: através do telefone);
- Deve conter a causa do problema identificado e recomendação da acção a desenvolver para corrigir o problema, segundo a avaliação do emissor;
- Deve conter informações sobre farmacocinética, medicamentos não sujeitos a receita médica e adesão à terapêutica farmacológica;
- Deve haver um espaço de resposta (comunicação bilateral);

- A linguagem utilizada deve ser comum.

Os resultados obtidos estão, na sua generalidade, em concordância com a bibliografia consultada. A particularidade deste trabalho consiste em convidar os médicos, futuros receptores da informação em causa, a participar na construção de um modelo de comunicação escrita antes de o pôr em prática. Não foi encontrado nenhum estudo, aquando a pesquisa bibliográfica, em que a colaboração profissional entre farmacêuticos e médicos se iniciasse a este nível. As barreiras de comunicação interprofissional estão mais que identificadas, há que passar à prática para as ultrapassar.

Os documentos de comunicação escrita F—M apresentados na secção 1.3 foram construídos com base nos conhecimentos e opiniões de um grupo restrito de peritos em saúde; e não foram divulgados, arriscando-se a dizer que a grande maioria dos médicos que os recebem, senão todos, desconhecem o conceito de AF e a sua implementação prática. Os dois aspectos focados anteriormente justificam por si só a utilização reduzida ou falha desses sistemas de comunicação.

Uma curiosidade: o doente nunca constituiu uma preocupação para os médicos participantes no estudo, embora tenham sido questionados quanto a questões de confidencialidade e consentimento informado do doente. Esta é a grande diferença em relação à bibliografia consultada.

Pela experiência de convivência com os médicos tanto nas reuniões de FG realizadas como na prática profissional como farmacêutica, pode afirmar-se que, na generalidade, estes desconhecem qual o verdadeiro papel do farmacêutico nos cuidados de saúde à população. Os médicos vêem os farmacêuticos comunitários como meros dispensadores de medicamentos. De facto parece que a evolução da prática farmacêutica não aconteceu de forma homogénea no sector farmacêutico pelo que não será tão descabida a visão que o médico tem do farmacêutico comunitário, justificando, de alguma forma, a descrença que se observa ter nas capacidades profissionais do mesmo.

O estudo realizado veio reforçar a evidência da necessidade de divulgação do serviço de AF junto da classe médica para que estes tomem consciência das competências actuais dos farmacêuticos e se abram assim as portas à cooperação interprofissional. A título de exemplo, uma das formas de divulgação poderia ser a publicação de artigos sobre AF numa revista médica de larga distribuição.

As reuniões de FG realizadas são um exemplo, e um incentivo, de colaboração entre farmacêuticos e médicos em prol de um objectivo único e comum—prestar melhores cuidados de saúde aos doentes que ambos servem.

Os resultados aqui apresentados não devem ser extrapolados para outras realidades ou para o todo, pois esse seria motivo suficiente para o fracasso de um sistema de comunicação como o descrito neste trabalho. Antes da implementação de um sistema de comunicação deste tipo, deve ser feito sempre um estudo preliminar local e serem consultadas todas as pessoas envolvidas para que este seja eficaz na prática. Tem-se como exemplo a escolha do documento de comunicação F – M preferido: o FG1 escolheu o modelo 2, o FG2 preferiu o modelo 3 e o FG3 seleccionou o modelo 1, sugerindo ainda um novo documento de comunicação.

O doente não foi consultado. Deverá ser incluída a sua opinião numa fase posterior do estudo.

Durante a investigação, verificaram-se as seguintes dificuldades:

- Recrutamento de participantes: nenhum dos centros de saúde contactados pelo investigador (Faro, Portimão, Loulé e Olhão) aceitaram participar no estudo alegando indisponibilidade. As USF, pela sua organização, parecem ter melhores condições para a realização de estudos deste género. No entanto, apenas se conseguiu a participação das USF onde existia um elemento conhecido do investigador;

- Inexperiência do investigador, e neste caso também moderador das discussões de FG, quanto à técnica de FG;
- O desconhecimento do conceito e serviço de AF nas farmácias por parte dos médicos dificultou a contextualização das questões colocadas durante as reuniões de FG;

CONCLUSÃO

5 CONCLUSÃO

Assim como a Farmácia Clínica constituiu o ponto de viragem da prática farmacêutica, fundamentalmente a nível hospitalar, atrever-se-ia a dizer que o AF pode constituir o ponto de viragem da prática farmacêutica no âmbito da farmácia comunitária.

No 4.º Encontro de Casos Práticos de Acompanhamento Farmacoterapêutico de Évora (2007), o Dr. Francisco de Azevedo* disse que, na sua perspectiva, ao fazer acompanhamento farmacoterapêutico de um doente, “*o farmacêutico vai gerir as consequências da decisão terapêutica do médico*”. Isto é, o farmacêutico vai, por assim dizer, dar continuidade ao serviço de saúde prestado pelo médico, no que respeita à terapêutica medicamentosa. Para além de considerar a segurança do medicamento, como é usual em qualquer actividade relacionada com os efeitos dos medicamentos, o AF considera também a sua efectividade e necessidade, factores importantes a ter em conta quando se procuram resultados positivos da farmacoterapia

Todo o trabalho, teórico e prático, efectuado, e a efectuar, na área do AF só atingirá resultados objectivos se houver uma concertação entre as classes profissionais médica e farmacêutica e se a maioria dos farmacêuticos evoluírem a par da profissão, na opinião do autor. Isto envolveria, naturalmente, trabalho desenvolvido ao nível das Ordens Profissionais. Embora não seja lenitivo, a adopção de posturas reactivas não é exclusiva da classe farmacêutica nem dos Portugueses.

Em ambulatório, médicos e farmacêuticos não desempenham as suas funções no mesmo espaço físico, o que constitui, à partida, uma barreira. Por isso, este trabalho pretende fazer um investimento na área das relações interprofissionais e fomentar a cooperação profissional através da comunicação entre médicos e farmacêuticos no que se relaciona com a terapêutica medicamentosa dos doentes que ambos servem.

* Médico, Hospital do Espírito Santo de Évora.

A inclusão de todos os doentes no serviço de AF será, por ventura, a situação mais complicada de atingir uma vez que as farmácias não têm condições logísticas nem tempo e pessoal que lhes permita fazê-lo. A selecção de doentes para AF é feita de acordo com o risco farmacoterapêutico. Consideram-se factores de risco: (1) as características clínicas do doente (exemplo: idade), (2) a patologia do doente (exemplo: doença crónica) e (3) a terapêutica medicamentosa que o doente faz (exemplo: medicamentos com janela terapêutica curta)⁵¹. A adopção de uma metodologia única iria uniformizar o serviço de AF, o que facilitaria a integração do AF nos Cuidados de Saúde Primários, que, por sua vez, dinamizaria a comunicação entre profissionais e instituições de saúde.

5 COMUNICAÇÃO F—M

Os dois principais obstáculos à comunicação interprofissional identificados, nas reuniões de FG realizadas, são relacionados com questões de poder e hierarquia profissional, e com o reconhecimento da competência profissional. Ou seja, a profissão médica encontra-se no topo da hierarquia profissional e não reconhece competência profissional aos outros profissionais de saúde, nomeadamente ao farmacêutico comunitário.

Parecem existir três pontos fundamentais a considerar nas relações interprofissionais entre diferentes profissionais de saúde:

- Promoção das relações pessoais;
- Acordo prévio quanto aos trâmites e características da comunicação a estabelecer;
- Utilização de linguagem comum.

De acordo com o trabalho realizado, parece que o primeiro contacto entre farmacêuticos e médicos deve ser pessoal e devem ser acordadas entre as partes os trâmites e características da comunicação interprofissional. Embora a

comunicação escrita deva ser a mais utilizada para melhor aproveitar os recursos humanos, a comunicação oral periódica deve sempre complementá-la.

No que se relaciona com a informação a ser transmitida, os médicos estão de acordo em partilhar informação no que se relacionar apenas com os medicamentos (exemplo: início, cessação e alteração da dose de um fármaco) e não se sentem confortáveis em fornecer informação sobre a indicação terapêutica dos mesmos. Da mesma forma só aceitam informação farmacêutica que se relacione com os fármacos e não com os problemas de saúde.

5.2 DOCUMENTO DE COMUNICAÇÃO ESCRITA F—M

Do trabalho realizado em conjunto com os médicos de família de três USF distintas, resultou um novo modelo de documento de comunicação escrita (ver Apêndice H). No entanto, este não deve ser assumido como universal, devendo os médicos a quem se destinar uma informação deste tipo ser previamente consultados.

APÊNDICES

6 APÊNDICES

APÊNDICE A—LISTA DE VERIFICAÇÃO DO MATERIAL

LISTA DE VERIFICAÇÃO DO MATERIAL

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Disposição das mesas | <input type="checkbox"/> Guia orientador |
| <input type="checkbox"/> Folhas brancas no centro da mesa | <input type="checkbox"/> Caderno de notas |
| <input type="checkbox"/> Gravadores | <input type="checkbox"/> 2 Casos práticos (3 modelos de comunicação) |
| <input type="checkbox"/> Cassetes | <input type="checkbox"/> Formato A3 dos modelos de comunicação 2 e 3 |
| <input type="checkbox"/> Pilhas | <input type="checkbox"/> Questionários rápidos |
| <input type="checkbox"/> Microfone | |
| <input type="checkbox"/> Canetas nos lugares | |
| <input type="checkbox"/> Garrafas de água nos lugares | |
| <input type="checkbox"/> Identificação de mesa para cada participante | <input type="checkbox"/> Testar o equipamento de gravação previamente |
| <input type="checkbox"/> Questionários de identificação nos lugares | <input type="checkbox"/> Iniciar a gravação em tempos distintos. |

APENDICE B—GUIA ORIENTADOR DA DISCUSSÃO

GUIA ORIENTADOR

PARTE I: APRESENTAÇÃO DO MODERADOR

- Agradeço desde já a vossa disponibilidade.
- O meu nome é Marta Machado.
- Sou farmacêutica e trabalho numa farmácia em Faro.
- Estou a fazer o mestrado em Acompanhamento Farmacoterapêutico (AF) na Universidade de Évora. É neste âmbito que venho fazer esta reunião convosco.

PARTE II: APRESENTAÇÃO DO TEMA

- O AF consiste no serviço prestado, por farmacêutico, aos utentes/doentes de uma farmácia, de forma individual, que tem como objectivo identificar, prevenir e resolver resultados clínicos negativos resultantes da farmacoterapia.
- É neste contexto que se enquadra a pergunta a que este estudo quer responder " **Como comunicar resultados negativos da farmacoterapia de um doente ao médico?**".
- Quero saber **o que os médicos sentem em relação à comunicação farmacêutico—médico (F—M)** no âmbito do AF, como acham que esta se deve **processar** e que **características** deve, nomeadamente a comunicação escrita, apresentar.

- Resumidamente, eu estou aqui para aprender convosco e para que, considerando a melhor das hipóteses, resulte do meu trabalho algo aplicável à nossa realidade e que constitua uma mais-valia para ambas as profissões.

PARTE III: REGRAS

Para que a nossa reunião seja proveitosa, gostaria de passar as seguintes mensagens:

- É importante que falem, e que falem um de cada vez. Por favor falem porque aquilo que disserem serão os dados que eu vou utilizar no meu trabalho de tese.
- Neste tipo de discussões, há uma tendência para que algumas pessoas falem muito e outras pouco. Mas é importante ouvir cada um de vós pois têm experiências distintas. Se eu verificar que alguém fala pouco, é provável que eu lhe peça para o fazer.
- Nenhuma resposta é errada. Todos os pontos de vista, sejam eles positivos ou negativos, são igualmente importantes. Muitas vezes os comentários negativos são os que mais ajudam
- O meu papel, enquanto moderadora, é fazer perguntas e ouvir. Eu não participarei na conversa, mas quero que se sintam à vontade para falar uns com os outros.
- Discutiremos cerca de uma dúzia de questões, durante aproximadamente uma hora. De tempos a tempos, moverei a discussão de uma questão para outra.
- Tenho também algum material de apoio que distribuirei oportunamente.

- A reunião será gravada para que não se perca nenhuma informação.
- Quero dizer ainda que nenhum nome é mencionado no trabalho final.

PARTE IV: QUESTÕES

Questão de Abertura

1. Tipo de comunicação preferido? Porquê? Vantagens e desvantagens?

- Comunicação oral

ou

- Comunicação escrita.

Documentos de Comunicação Escrita

2. Modo e Tempo de entrega? Porquê? Vantagens e desvantagens?

- Doente

- Postal

- Antes da consulta

- Fax

- Na consulta

- E-mail

Gostaria que considerassem na vossa discussão:

a) Leis de protecção de dados/confidencialidade

- Doente como portador da informação

Nota: Em alguns países não é legal existir comunicação F – M sem o consentimento do doente.

- Documento de consentimento informado/sigilo profissional.

b) Planeamento da consulta

Informação entregue antes do doente ser consultado.

(Apresentação de dois casos práticos sob a forma de três modelos de comunicação escrita diferentes. Não é importante discutir o caso em si, mas sim o documento de comunicação propriamente dito)

(Entregar o Caso A. Após discussão do Caso A, entregar o Caso B.)

3. Em relação aos três modelos de comunicação apresentados:

Questões	Caso A			Caso B		
	1	2	3	1	2	3
3.1. O que pensariam, e que atitude tomariam, se recebessem um documento de cada um destes tipos?						
3.2. Qual prefeririam receber? Porquê?						
3.3. Vantagens/desvantagens? Sugestões?						

4. Em relação ao modelo de comunicação 3, gostaria que comentassem:

4.1. Parâmetro “Problemas de Saúde” (PS).

4.2. Parâmetro “Avaliação do medicamento quanto à Necessidade (N), Efectividade (E) e Segurança (S)”.

Questões Gerais

5. No contexto do AF, consideram a comunicação F-M importante? Porquê?

6. No contexto do AF, quais são, na vossa opinião, as dificuldades na comunicação F-M?

7. Na vossa opinião, como se poderia melhorar a comunicação F – M?

PARTE V: FINALIZAÇÃO DA DISCUSSÃO

- Algum de vós tem algo a acrescentar, sugerir ou concluir?
- Espero que este encontro tenha sido, para vós, o mais agradável possível.
- Para mim, foi bastante agradável e proveitoso.
- As conclusões deste estudo ser-lhes-ão disponibilizadas.
- Muito obrigada pelo vosso tempo

APÊNDICE C—FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

NOME: _____

1.1.1. Faixa etária: < 30 anos 30 – 40 anos 41 – 50 anos 51 – 60 anos > 60 anos	1.1.2. Nacionalidade: Portuguesa Espanhola Outra Qual? _____
1.1.3. Naturalidade: Norte de Portugal Centro de Portugal Sul de Portugal Ilhas Outra Qual? _____	1.1.4. Universidade de formação: Porto Coimbra Lisboa Universidade Nova de Lisboa Outra Qual? _____
1.1.5. Anos de prática clínica: < 5 anos 5 – 10 anos 11 – 15 anos 16 – 20 anos > 20 anos	1.1.6. Tipo: Clínico geral (não especialista) Especialista: Medicina geral e familiar Outra Qual? _____

CASO A—MODELO 1

Venho, por este meio, reportar-lhe a minha suspeita de que a situação de **hiperuricémia** que o **Sr. António Silva** apresenta desde **Março de 2006**, como é do seu conhecimento, se relacione com uma **insegurança do medicamento Indapamida**, prescrito em **Dezembro de 2005**, motivando ainda uma **inefectividade do medicamento Alopurinol**.

Uma das reacções adversas dos diuréticos tipo tiazídico prende-se, exactamente, com alterações metabólicas, nomeadamente hiperuricémia com tendência aumentada para crises de gota. É uma reacção adversa frequente.

Devo ainda acrescentar que o doente refere que, por vezes, por exemplo quando viaja, **não toma a Indapamida** uma vez que esta lhe provoca uma incómoda **poliúria**.

Considerando o que lhe descrevi anteriormente, e uma vez que existe coincidência temporal entre a situação de hiperuricémia, que não se verificou anteriormente, e o início da toma do medicamento Indapamida, remeto-lhe o doente para reavaliação, para, possivelmente, substituir a classe do medicamento anti-hipertensor de acordo com os seus critérios clínicos.

Determinações na farmácia:

A Pressão Arterial foi medida em esfigmomanómetro automático de braço.

Data	Hora	Peso (Kg)	IMC (Kg/m ²)	Pressão Arterial (mmHg)	Pulsação (bpm)	Glicemia (mg/dl)			Colesterol (mg/dl)	Triglicéridos (mg/dl)
						jejum	Pós- prandial	ocasional		
10/01/2006	manhã			130/70						
01/03/2006	manhã			140/75						
22/04/2006	manhã			135/80						
19/06/2006	manhã			130/75						

Neste momento, o Sr. António Silva encontra-se a fazer a seguinte medicação:

- Indapamida, comprimidos, 2,5 mg: (1 + 0 + 0)
- Alopurinol, comprimidos, 300 mg: (1 comp/dia)
- Calcipotriol, pomada, 0,005% mg: (2x/dia, durante a semana)
- Calcipotriol + Betametasona, creme, 0,005% + 0,05%: (1x/dia, durante o fim de semana)

CASO A—MODELO 2

Identificação do doente

Nome: António Silva	Sexo: masculine
Idade: 74 anos	Outros dados: reacção adversa ao metotrexato com internamento hospitalar

Motivos de referência à consulta médica

Parece ocorrer insegurança do medicamento Indapamida por possível implicação na hiperuricémia apresentada pelo doente, motivando ainda uma inefectividade do medicamento Alopurinol.

Terapêutica actual

Medicamentos (princípio activo, forma farmacêutica e dosagem)	Posologia
Indapamida, comprimidos, 2,5 mg	1 + 0 + 0
Alopurinol, comprimidos, 300 mg	1 comp./dia
Calcipotriol, pomada, 0,005%	2x/dia (semana)
Calcipotriol + Betametasona, pomada, 0,005% + 0,05%	1x/dia (fds)

Determinações na farmacia

Data	Hora	Peso (Kg)	IMC (Kg/m ²)	Pressão Arterial (mmHg)	Pulsação (bpm)	Glicemia (mg/dl)			Colesterol (mg/dl)	Triglicéridos (mg/dl)
						jejum	Pós- prandial	Ocasional		
10/01/2006	9.30 H			130/70						
01/03/2006	10.00H			140/75						
22/04/2006	9.00 H			135/80						
19/06/2006	9.30 H			130/75						

Observações

O doente encontra-se medicado com Indapamida desde Dezembro de 2005 e com Alopurinol desde Março de 2006.

A pressão arterial foi determinada em esfigmomanómetro automático de braço, sempre de manhã.

CASO A—MODELO 3

Data
19/06/2006

Folha de avaliação

Doente
Antonio Silva

SEXO: M hospitalar.	IDADE: 74 anos	Outros dados: Reacção adversa ao metotrexato com internamento
-------------------------------	-----------------------	--

PROBLEMAS DE SAUDE			MEDICAMENTOS				AVALIAÇÃO			
Início	Problemas de Saude	Controlado	Início	Medicamento (p.a.)	Regime prescrito	Regime Utilizad	N	E	S	Suspeita
1990	a) Hipertensão Arterial	S	12/2005	Indapamida 2.5 mg comprimidos	1+0+0	1+0+0	S	S	N	Insegurança b)
2006	b) Hiperuricémia	N	03/2006	Alopurinol 300 mg comprimidos	1comp/dia	1comp/Dia	S	N	S	
Há muito tempo.	c) Psoríase	S	2005	Calcipotriol 0.005% pomada	2x/dia semana	2x/dia seman	S	S	S	
		S	2005	Calcipotriol 0.005% + betametasona 0.05% pomada	1x/dia (FDS)	1x/dia (FDS)			S	

<u>Observações:</u>	<u>Determinações na farmácia:</u>															
Tendo em conta a coincidência temporal, parece ocorrer <i>insegurança do medicamento Indapamida</i> por possível implicação na hiperuricémia apresentada pelo doente, motivando ainda uma <i>inefectividade do medicamento Alopurinol</i> .	<table><tr><th>Data</th><th>Hora</th><th>P.A. (mmHg)</th></tr><tr><td>10-01-2006</td><td>9.30 H</td><td>130/70</td></tr><tr><td>01-03-2006</td><td>10.00 H</td><td>140/75</td></tr><tr><td>22-04-2006</td><td>9.00 H</td><td>135/80</td></tr><tr><td>19-06-2006</td><td>9.30 H</td><td>130/75</td></tr></table>	Data	Hora	P.A. (mmHg)	10-01-2006	9.30 H	130/70	01-03-2006	10.00 H	140/75	22-04-2006	9.00 H	135/80	19-06-2006	9.30 H	130/75
Data	Hora	P.A. (mmHg)														
10-01-2006	9.30 H	130/70														
01-03-2006	10.00 H	140/75														
22-04-2006	9.00 H	135/80														
19-06-2006	9.30 H	130/75														

CASO B—MODELO 1

Venho, por este meio, reportar-lhe a minha suspeita de que os sintomas relatados pela **Sra. D. Maria Costa**, que, como é do seu conhecimento, sofre de epilepsia, se tratem de **possível reacção adversa ao medicamento Topiramato, prescrito em Julho de 2005**. A doente queixa-se de **perda de peso acentuada** (ver tabela abaixo), **mau paladar** e **cansaço generalizado**.

Estão descritos, no R.C.M. do medicamento topiramato, reacções adversas coincidentes com os sintomas/sinais relatados pela doente.

Considerando o que lhe descrevi anteriormente, e uma vez que existe coincidência temporal entre os sintomas/sinais relatados pela doente e o início da toma do medicamento topiramato, e ainda que estes diminuem apreciavelmente a sua qualidade de vida, remeto-lhe a doente para reavaliação, para possível instituição de uma terapêutica antiepiléptica alternativa, de acordo com os seus critérios clínicos.

Determinações na farmácia:

O peso foi determinado em balança digital.

Data	Hora	Peso (Kg)	IMC (Kg/m ²)	Pressão Arterial (mmHg)	Pulsação (bpm)	Glicemia (mg/dl)			Colesterol (mg/dl)	Triglicéridos (mg/dl)
						jejum	Pós- prandial	ocasional		
07/2005	manhã	62	25							
10/2005	manhã	56	23							
12/2005	manhã	54	22							
02/2006	manhã	50	20							

Neste momento, a Sra. D. Maria Costa encontra-se a fazer a seguinte medicação:

- Topiramato, comprimidos, 50 + 25 mg: (1 + 0 + 1)
- Lorazepam, comprimidos, 2,5 mg: (0+0+1)
- Propranolol, comprimidos, 10 mg: (1+1+1)
- Estradiol, sistemas transdérmicos, 3,9mg: (1 sistema/semana)
- Folha do sene, chá: S.O.S.

CASO B—MODELO 2

Identificação do doente

Nome: Maria Costa	Sexo: feminina
Idade: 55 anos	Outros dados: IMC = 20

Motivos de referência à consulta médica

Sintomas/sinais - perda de peso, mau paladar, cansaço generalizado - suspeitos de se relacionarem com o medicamento Topiramato. Estão descritas reacções adversas concordantes no RCM do medicamento. Tendo em conta a coincidência temporal, parece ocorrer insegurança do medicamento Topiramato.

Terapêutica actual

Medicamentos (princípio activo, forma farmacêutica e dosagem)	Posologia
Topiramato, comprimidos, 50 mg + 25 mg	1 + 0 + 1
Lorazepam, comprimidos, 2,5 mg	0+0+1
Propranolol, comprimidos, 10 mg	1+1+1
Folha do sene, chá	S.O.S.
Estradiol, sistemas transdermicos	1 sist./semana

Determinações na farmacia

Data	Hora	Peso (Kg)	IMC (Kg/m ²)	Pressão Arterial (mmHg)	Pulsação (bpm)	Glicemia (mg/dl)			Colesterol (mg/dl)	Triglicéridos (mg/dl)
						jejum	Pós- prandial	ocasional		
07/2005	manhã	62	25							
10/2005	manhã	56	23							
12/2005	manhã	54	22							
02/2006	manhã	50	20							

Observações

A doente encontra-se medicada com Topiramato desde Julho de 2005. O peso foi determinado em balança digital, sempre de manhã.

CASO B—MODELO 3

Data
10/02/2006

Folha de avaliação

Doente
Maria Costa

SEXO: F IDADE: 55 anos Outros dados: IMC = 20

PROBLEMAS DE SAUDE			MEDICAMENTOS				AVALIAÇÃO			
Início	Problemas de Saude	Contro-lado	Início	Medicamento (p.a.)	Regime prescrit	Regime Utilizad	N	E	S	Suspeito
1990	a) Epilépia (pequeno mal)	S	07/2005	Topiramato 50 mg + 25 mg, comprimidos	1+0+1	1+0+1	S	S	N	Insegurança b), c), d)
08/2005	b) Mau paladar	N								
08/2005	c) Perda de peso	N								
08/2005	d) Cansaço generalizado	N								
1990	e) Insónia	S	2000	Lorazepam 2.5 mg comprimidos	0+0+1	0+0+1	S	S	S	
1990	f) Taquicardia	S	2000	Proc. 101 10 mg comprimidos	1+1+1	1+1+1	S	S	S	
Sempre	g) Obstipação crónica	S	2004	Folha do Sene chá	-----	S O S	S	S	S	
2001	h) Menopausa fisiológica	S	2001	Estradiol 3.9 mg sist transdérmicos	1 sist / seman	1 sist / seman	S	S	S	

Observações:

Estão descritas, no R.C.M. do medicamento *Topiramato*, reacções adversas coincidentes com os sintomas/sinais relatados pela doente. Tendo em conta a coincidência temporal, parece ocorrer *insegurança do medicamento Topiramato*.

Determinações na farmácia:

Data	Hora	Peso (Kg)
07-2005	manhã	62
10-2005	manhã	56
12-2005	manhã	54
02-2006	manhã	50

APENDICE F—VERSO DO DOCUMENTO DE COMUNICAÇÃO

Exmo(a). Sr(a). Dr(a). _____

Farmacêutico: *Marta Machado*

Farmácia: *Faro*

Telefone: 222333444

Com os melhores cumprimentos,

Data

APÊNDICE G—QUESTIONÁRIO RÁPIDO

QUESTIONÁRIO RÁPIDO

Qual a sua preferência? (<u>risque o que não interessa</u>)				
Tipo de comunicação	Oral		Escrita	
Modo de entrega (documento escrito)	Doente	Postal	Fax	E-mail
Tempo de entrega (documento escrito)	Antes da consulta		Na consulta	
Modelo de documento	1	2	3	

Opinião geral/Sugestões: _____

Nome: _____

INFORMAÇÃO FARMACÊUTICA

Identificação do doente

Nome:	Outros dados relevantes: Alergias; Reações adversas a medicamentos anteriores.
--------------	---

Motivo de comunicação ao médico[illegible]

Informação farmacológica

--	--

Terapêutica farmacológica actual

Data de início	Medicamentos (princípio activo, forma farmacêutica e dosagem)	Posologia prescrita	Posologia utilizada



Informação ao farmacêutico

<input type="checkbox"/> Nova terapêutica (NT)	<input type="checkbox"/> Alteração de terapêutica (AT)
<input type="checkbox"/> Cessação de terapêutica (CT)	<input type="checkbox"/> Manutenção de terapêutica (MT)
<input type="checkbox"/> Monitorização da terapêutica (M)	
Outras/Observações: _____	

Exmo(a). Sr(a). Dr(a). _____

Farmacêutico: *Marta Machado*

Farmácia: *Faro*

Telefone: *222333444*

Com os melhores cumprimentos,

_____ Data

✂ _____

Médico:

Instituição:

Telefone:

Com os melhores cumprimentos,

_____ Data

ANEXOS

7 ANEXOS

ANEXO A—ESTADO DE SITUAÇÃO

Data
 ____/____/____

Folha de avaliação^{1,11,16}

Doente

SEXO: IDADE: Outros dados:

PROBLEMAS DE SAUDE			MEDICAMENTOS				AVALIAÇÃO			
Início	Problemas de Saude	Contro-lado	Início	Medicamento (p.a.)	Regime prescrita	Regi. Utilii.	N	E	S	Suspeita

Observações: Medições:

ANEXO B—DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaração de Consentimento Informado²

Temos, nesta farmácia, diversos serviços ao seu dispor, com o objectivo principal de contribuir para a melhoria do seu estado de saúde.

Convidamo-lo(a) a aderir a este(s) serviço(s), autorizando a constituição de um registo com o seu “histórico de medicamentos”, o “perfil farmacoterapêutico” e os “resultados de testes analíticos” realizados na farmácia, que será utilizado exclusivamente para efeitos de acompanhamento do seu estado de saúde nesta ou noutras Farmácias, consoante o seu consentimento.

A sua participação é inteiramente voluntária, podendo em qualquer momento desistir, sem que isso afecte negativamente o atendimento que recebe nesta ou noutras farmácias.

Caso aceite participar, saiba que os dados pessoais fornecidos são tratados automaticamente, de forma confidencial e anónima, pelas Farmácias aderentes, com a finalidade de gestão de utentes, de dispensa de medicamentos e respectivo histórico, registo e vigilância dos valores do utente. Nos termos da legislação em vigor, o titular dos dados tem direito de acesso, correcção e eliminação desde que o solicite, pessoalmente, junto da Farmácia que tinha sido por ele autorizada a aceder aos seus dados pessoais.

A adesão é formalizada através do preenchimento da presente declaração, sendo-lhe atribuído um código. Este código será apresentado na farmácia de modo a permitir a actualização do seu registo de medicamentos e outros parâmetros, para efeitos de acompanhamento na farmácia.

Nestes termos, declaro que:

* Tomei conhecimento das condições de participação, as quais aceito.

* Autorizo esta Farmácia a utilizar os meus dados pessoais. _____ (Sim / Não)

* Autorizo qualquer Farmácia aderente a utilizar o meu “histórico de consumos” e o meu “perfil farmacoterapêutico”. _____ (Sim / Não)

____ / ____ / ____

(Assinatura do Doente)

(Assinatura do Farmacêutico)

Nota: o consentimento só poderá ser aceite caso o utente autorize esta farmácia a utilizar os seus dados pessoais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguas Y, De Miguel E, Suarez de Venegas C. Modelo para Presentación de casos adaptado a la Metodología Dáder. *Pharm Care Esp*. 2002;4(1):60-63.
2. ANF. [CD ROM] Campanha de Identificação de Suspeitos de Risco cardiovascular. 14 a 28 de Novembro de 2005.
3. ANF. Contributos em Saúde para os Diabéticos – Avaliação do Programa de Cuidados Farmacêuticos: Diabetes. *Farmácia Observatório*. 2006;(agosto):.
4. Arford PH. Nurse – Physician Communication: An Organizational Accountability. *Nurs Econ*. 2005;23(2):72-77.
5. Blenkinsopp A, Jepson M, Drury M. Using a Notification Card to improve Communication between Community Pharmacists and General Practitioners. *Brit J Gen Pract*. 1991;41:116–118.
6. Burke M, Boal J, Mitchell R. Communicating for Better Care: improving Nurse – Physician Communication. *AJN* 2004;104(12):40–47.
7. Cesta A, Bajcar JM, Ong SW, Fernandes OA. The EMITT Study: Development and Evaluation of a Medication Information Transfer Tool. *Ann Pharmacother*. 2006;40:1074-1081.
8. Cipolle RJ. Drugs don't have Doses – People have Doses. *Drug Intell Clin Pharm*. 1986;20:881-882.
9. Clarin OA. Strategies to overcome Barriers to Effective Nurse Practitioner and Physician Collaboration. *J Nurs Pract*. 2007;3(8):538-548.
10. Committee of Experts on Management of safety and quality in healthcare - Expert Group on Safe Medication Practices. Glossary of terms related to patient and medication safety. URL: http://www.who.int/patientsafety/highlights/COE_patient_and_medication_safety_gl.pdf.2005 (acedido a 1-Fev-2007)
11. Correr CJ, Melchior AC, Rossignoli P, Fernandez-Llimos F. Aplicabilidad del Estado de Situación en el Cálculo de Complejidad de la Medicación en Pacientes Diabéticos. *Seguim Farmacoter*. 2005;3(2):103-111.
12. Consensus Committee. Second Consensus of Granada on Drug Therapy Problems. *Ars Pharm*. 2002;43:179-187.
13. Consensus panel ad hoc. Consensus of Granada on drug-related problems. *Pharm Care Esp*. 1999;1(2):107-112.
14. Donabedian A. The Quality of Medical Care. *Science*. 1978;200(4344):856-864.
15. Espejo J Fernández-Llimós F, Machuca M, Faus MJ. Problemas Relacionados con Medicamentos: Definición y Propuesta de Inclusión en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) de la WONCA. in *Pharm Care Esp*. 2002;4(2):122-127.
16. Fernandez-Llimos F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Tuneu L, Martínez Martínez F Identificación Sistemática de Resultados Clínicos Negativos de la Farmacoterapia. *Seguim Farmacot*. 2004;2(3):195-205.
17. Fernandez-Llimos F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez Martínez F. Evolución del Concepto de Problemas Relacionados con Medicamentos: Resultados como el Centro del Nuevo Paradigma. *Seguim Farmacot*. 2005;3(4):167-188.

18. van Mil JW, Tromp DF, McElnay JC, de Jong-van den Berg LT, Vos R. Development of Pharmaceutical Care in the Netherlands: Pharmacy's Contemporary Focus on the Patient. *J Am Pharm Assoc.* 1999;39:395-401.
19. Munday A, Kelly B, Forrester JW, Timoney A, McGovern E. Do General Practitioners and Community Pharmacists want Information on the Reasons for Drug Therapy Changes implemented by Secondary Care?. *Brit J Gen Pract.* 1997;47:563-566.
20. Grymonpre RE, Williamson DA, Montgomery PR. «Impact of a Pharmaceutical Care Model for Non-Institutionalised Elderly: Results of a Randomized, Controlled Trial. *Intl J Pharm Pract.* 2001;9:235-241.
21. Guerreiro MP. Risk Management of Preventable Drug-Related Morbidity in Portuguese Community Pharmacies [Doctoral dissertation]. University of Manchester, 2007.
22. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. *Am J Hosp Pharm.* 1990;47:533-543.
23. Howard M, Trim K, Woodward C, Dolovich L, Sellors C, Kaczorowski J, Sellors J. Collaboration between Community Pharmacists and Family Physicians: Lessons learned from the Seniors Medication Assessment Research Trial. *J Am Pharm Assoc.* 2003;43(5):566-572.
24. Hughes CM, McCann S. Perceived Interprofessional Barriers between Community Pharmacists and General Practitioners: a Qualitative Assessment. *Brit J Gen Pract.* 2003;53:600-606.
25. Jonsen A, Seigles M, Winlade W. *Clinical Ethics*, 4^o ed. Nova Iorque: MacMillan; 1982. Pág. 62.
26. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer between Hospital-based and Primary Care Physicians. *JAMA.* 2007;297(8):831-41.
27. Krueger RA. Developing Questions for Focus Groups, Vol. 3. In: *Focus Group Kit*. New York:Sage;1998.
28. Krueger RA. Moderating Focus Groups, Vol. 4. In: *Focus Group Kit*. New York:Sage;1998.
29. Krueger RA, King JA. Involving Community Members in Focus Groups, Vol. 5. In: *Focus Group Kit*. New York:Sage;1998.
30. Krueger RA. Analyzing and Reporting Focus Group Results, Vol. 6. In: *Focus Group Kit*. New York:Sage;1998.
31. Linddell MJ, Goldman SP. Attitudes to and Use of a Modified Prescription Form by General Practitioners and Pharmacists. *Med J Aust.* 1998;168(7):322-325.
32. Lindeke LL, Sieckert AM. Nurse – Physician Workplace Collaboration. *Online J Issues Nurs.* 2005;10(1):5.
33. Machuca M, Martínez-Romero F, Faus MJ. Informe Farmacéutico – Médico según la Metodología Dáder para el Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. *Pharm Care Esp.* 2000;2:358-363.
34. Machuca M, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Granada: GIAF-UGR; 2003.
35. Manning ML. Improving Clinical Communication through Structured Conversation. *Nurs econ.* 2006;24(5):268-271.
36. Manuila L, et al. *Dicionário Médico*. 3.^a ed. Adaptação e revisão da edição portuguesa de João Alves Falcato. Climepsi;2003.
37. McCreddie SR, Stevenson JG. Use of an Intranet to improve Communication and manage Knowledge in a large Multisite Pharmacy Department. *Am J Health-Sys Pharm.* 2000;57(15):1430-1436.

38. Miccolo MA, Spanier AH. Critical Care Management in the 1990s: Making Collaborative Practice Work. *Crit Care Clin.* 1993;9:443–453.
39. Morgan DL. Focus Group as Qualitative research. 2.^a ed. Qualitative Research Methods Series. New York: Sage; 1997.
40. Morgan DL. The Focus Group Guide Book, Vol. 1. In: Focus Group Kit. New York:Sage;1998.
41. Morgan DI. Planning Focus Groups, Vol.2. In: Focus Group Kit. New York:Sage;1998.
42. Nace GS, Graumlich JF, Aldag JC. Software Design to facilitate Information Transfer at Hospital Discharge. *Brit Comp Soc.* 2006;14:109–119.
43. Porteous T, Bond C, Robertson R, Hannaford P, Reiter E. Electronic Transfer of Prescription-Related Information: Comparing Views of Patients, General Practitioners, and Pharmacists. *Brit J Gen Pract.* 2003;53:204 –209.
44. Ranelli PL, Biss J. Physicians' Perceptions of Communication with and Responsibilities of Pharmacists. *J Am Pharm Assoc.* 2000;40(5):625–630.
45. Riley KD, Wazny LD. Assessment of a Fax Document for Transfer of Medication Information to Family Physicians and Community Pharmacists caring for Hemodialysis Outpatients. *CANNT J.* 2006;16:24–28.
46. Rubin RH, Sleath BL. Improving Pharmacist – Physician Communication: Report of a Pilot Workshop. *Am J Pharm Educ.* 1997;61:359–364.
47. Scanzoni J. Social exchange and behavioural interdependence. In: Social exchange in developing relationships. Nova lorque: Academic Press; 1979: p. 61–98.
48. Segal R, Pathak DS. Influencing Physician Acceptance of Consultant Pharmacists' Recommendations. *Consul Pharm* 1986;1(Jul/Aug):129-313.
49. Smith AP. Partners at the Bedside: The Importance of Nurse – Physician Relationships. In *Nurs Econ.* 2004;22(3):161–164.
50. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-Related Problems: Their Structure and Function. *Ann Pharmacother.* 1990;24:1093-1097.
51. Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC, Perrier DG. Levels of Pharmaceutical Care: A Need-based Approach. *Am J Hosp Pharm.* 1991;48:547-550.
52. Swan BA, Lang NM, McGinley AM. Access to Quality Health Care: Links between Evidence, Nursing Language, and Informatics. *Nurs Econ.* 2004;22(6):325–332.
53. The Memorandum of Understanding between the Australian Divisions of General Practice Ltd and the Pharmacy Guild of Australia 2005–2007.
54. Walraven V, Rokosh E. What is Necessary for High-Quality Discharge Summaries?. *Am J Med Qual.* 1999;14:160.
55. Wilson JW, Oyen LJ, Ou NN, McMahon MM, Thompson RL, Manahan JM, Graner KK, Lovely JK, Estes LL. Hospital Rules-based System: The Next Generation of Medical Informatics for Patient Safety. *Am J Health-Sys Pharm.* 2005;62(5):499–505.
56. WONCA Classification Committee. An International Glossary for General/Family Practice. *Fam Pract.* 1995;12(3):341-369.

57. World Health Organization in collaboration with International Pharmaceutical Federation. Developing Pharmacy Practice: A Focus on Patient Care. Geneva: WHO; 2006.
58. World Health Organisation: Technical Report no 498. 1972. Geneva.